

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
MARIE-CHRISTINE HARGUINDÉGUY-LINCOURT

ÉTUDE DE LA FIDÉLITÉ DE LA VERSION FRANCOPHONE DE TROIS
QUESTIONNAIRES (24, 27, 30 MOIS) DE L'ASQ « AGES AND STAGES
QUESTIONNAIRES »

AVRIL 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le dépistage des retards de développement chez les enfants de la naissance à cinq ans est la première étape à franchir dans l'organisation des services d'intervention précoce. De nombreux enfants de cet âge fréquentent les centres de la petite enfance (CPE), et les éducatrices des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, qui œuvrent auprès des ces enfants, manifestent des besoins criants en matière d'instruments de dépistage. Une recension des pratiques et des instruments de dépistage des retards de développement a permis de sélectionner un instrument, l'« Ages and Stages Questionnaires (ASQ) », qui pourrait répondre à leurs besoins. La version originale de cet outil, récemment traduite en français, a de bonnes qualités psychométriques, mais qui n'ont pas encore été établies pour la version francophone. La présente expérimentation consiste en une étude exploratoire : il s'agit d'un premier essai d'implantation de cet instrument dans les CPE et aucune donnée antérieure sur l'histoire d'utilisation de l'ASQ en milieu de garde n'est disponible. Quelques questionnaires parmi les 19 qui constituent l'instrument ont été testés avant une implantation ou des études plus vastes. Dans ce contexte, la fidélité de trois questionnaires de l'ASQ, ceux de 24, 27 et 30 mois, a été explorée. Les éducatrices en CPE ont complété les questionnaires à l'étude en observant des enfants fréquentant leur centre. Par la suite, le degré de satisfaction des éducatrices quant à l'utilisation de l'instrument a été sondé. Des traitements statistiques des données recueillies avec l'ASQ ont été faits et réalisés. Les résultats obtenus pour la consistance interne des domaines sont variés. D'autres résultats démontrent une bonne corrélation entre les items des domaines. Les retards détectés par l'ASQ chez les enfants observés sont discutés, entre autres, à la lumière de l'influence de la culture et de la traduction. Dans l'ensemble, la version francophone de l'instrument s'avère conserver ses propriétés en matière de fidélité pour les questionnaires à l'étude. Aussi, les données recueillies démontrent que les éducatrices ayant participé à l'étude sont satisfaites quant à l'utilisation de l'ASQ dans les CPE.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Liste des tableaux..... | v |
| Remerciements..... | vi |
| Introduction..... | 1 |
| Contexte théorique..... | 4 |
| L'intervention précoce..... | 5 |
| Bref historique..... | 5 |
| Contexte de la dernière décennie..... | 8 |
| Importance du dépistage..... | 11 |
| Nature et objectifs du dépistage..... | 13 |
| Difficultés reliées au dépistage..... | 15 |
| Caractéristiques optimales des processus ou instruments de dépistage..... | 17 |
| Le dépistage : pratiques et instruments..... | 27 |
| Le dépistage en contexte de CLSC..... | 27 |
| Le dépistage en contexte de CPE..... | 33 |
| Recension d'études portant sur des instruments de dépistage..... | 36 |
| Description d'instruments de dépistage..... | 40 |
| Révision des instruments présentés en regard des caractéristiques privilégiées pour un instrument de dépistage..... | 41 |
| Choix et description de l'instrument à l'étude : l'ASQ..... | 48 |
| Origine de l'ASQ..... | 50 |
| But et objectifs de l'ASQ..... | 52 |
| Structure et composantes de l'ASQ..... | 53 |
| Propriétés psychométriques de l'ASQ..... | 54 |
| Échantillon démographique..... | 54 |
| La fidélité..... | 56 |
| La validité..... | 58 |
| Comparaisons entre groupes à risque et sans risque..... | 60 |
| Traduction francophone de la version originale..... | 61 |
| Utilisation de l'ASQ..... | 62 |
| Limites de l'ASQ..... | 63 |
| Objectif et hypothèse..... | 64 |
| Méthode..... | 65 |
| Participants..... | 66 |
| Instruments de mesure..... | 68 |
| Déroulement..... | 70 |
| Résultats..... | 73 |
| La présentation des résultats..... | 74 |
| Les questionnaires ASQ..... | 74 |
| Moyennes et écarts-types des cotes des items..... | 74 |
| Coefficients de consistance interne..... | 76 |

| | |
|--|-----|
| Coefficients de corrélation | 79 |
| Les retards | 80 |
| Le sondage sur la satisfaction des éducatrices | 82 |
| Discussion et conclusion | 85 |
| Rappel des objectifs de la recherche | 86 |
| Discussion des résultats | 87 |
| Moyennes et écarts-types | 87 |
| Coefficients de consistance interne | 88 |
| Coefficients de corrélation | 91 |
| Les retards | 91 |
| Le sondage sur la satisfaction | 92 |
| Réflexion sur les caractéristiques des instruments de dépistage | 93 |
| Le contenu d'un instrument de dépistage | 93 |
| Points de coupure et écart-types | 94 |
| Importance de connaître les besoins des utilisateurs de l'instrument | 94 |
| Participation des parents | 95 |
| Une traduction et une validation adaptées à la culture | 95 |
| Développer une « culture de validation » | 95 |
| L'importance d'adapter en plus de traduire | 96 |
| Développer une démarche de dépistage | 97 |
| Limites de l'étude | 99 |
| Conclusion | 100 |
| Références | 102 |
| Appendices | 111 |
| Appendice A : Tableaux descriptifs d'instruments de dépistage | 112 |
| Appendice B : Questionnaire 24 mois de l'ASQ | 129 |
| Appendice C : Sondage sur la satisfaction des éducatrices | 137 |
| Appendice D : Document explicatif du déroulement du projet | 139 |
| Appendice E : Feuille de consentement des parents | 144 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | Batelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST) | 113 |
| 2 | Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) | 115 |
| 3 | Birth to three : Assessment and Intervention System | 116 |
| 4 | Brigance Screens | 117 |
| 5 | Denver-II | 119 |
| 6 | Developmental Indicators for Assessment of Learning-Revised (DIAL-R) | 121 |
| 7 | Developmental Profile II (DP-II) | 122 |
| 8 | Early Screening Profile | 124 |
| 9 | Minnesota Child Development Inventories | 125 |
| 10 | Rockfort Infant Developmental Evaluation Scales (RIDES) | 127 |
| 11 | Screening Children for Related Early Educational Needs (SCREEN) | 128 |
| 12 | Moyennes et écarts-types des cotes moyennes correspondant aux items des différents domaines et comparaisons avec la version originale | 75 |
| 13 | Corrélation des items corrigés, coefficients de consistance interne des domaines de la version francophone et de la version originale | 77 |
| 14 | Corrélation entre les domaines et les scores totaux des questionnaires de la version francophone et de la version originale | 79 |
| 15 | Retards détectés par l'ASQ chez les enfants n'ayant pas de retard diagnostiqué | 81 |
| 16 | Réponses des intervenantes au sondage sur la satisfaction quant à l'utilisation de l'ASQ | 83 |

Remerciements

L'auteure exprime ses remerciements, sa reconnaissance et sa gratitude ...

- À sa directrice, Carmen Dionne, Ph.D., professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, sa flexibilité et ses conseils éclairés qui ont été un support inestimable au cours de la réalisation et de la rédaction de ce mémoire;
- À Danielle Leclerc, Ph.D., professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses conseils judicieux quant à la rigueur de la recherche ainsi qu'à son expertise quant au traitement statistique des données;
- À Carole Brouillette, coordinatrice du Regroupement des centres de la petite enfance des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, pour son implication à la mise en place de cette étude;
- Aux directrices, directeurs et conseillères pédagogiques des CPE qui ont donné leur accord à ce projet;
- Aux éducatrices des CPE pour leur participation, ainsi que les enfants observés;
- À ses parents et amis pour leurs différentes formes de soutien tout au long de ce travail.

Introduction

Les difficultés de développement apparaissent parfois tôt dans la vie des jeunes enfants (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1997; MSSS, 2003) et le nombre d'enfants québécois qui pourrait être aux prises avec un retard dans une ou plusieurs sphères de développement se situe autour de 10 à 15 % (MSSS, 1997). Il est connu que la qualité de vie des premières années a une influence déterminante sur la vie ultérieure d'une personne (Squires, Potter & Bricker, 1999). Malgré l'essor grandissant des services et programmes d'intervention précoce, un certain nombre d'enfants franchissent le seuil de l'école primaire avec des difficultés qui ne sont toujours pas identifiées (Thurlow & Gilman, 1999). Plus l'intervention prend place tôt dans la vie de ces enfants, meilleures sont les chances d'atténuer l'impact de ces difficultés (Lachance, 1991 ; Troubles d'apprentissages-Association Canadienne (TAAC), 1990). Dans les objectifs des orientations en matière d'intervention précoce suggérées par l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ) (Bégin, 1992), il est mentionné qu'il faut dépister la problématique le plus tôt possible afin de fournir rapidement les ressources nécessaires (Lachance, 1991). C'est à ce niveau que se situe l'importance d'utiliser des processus de dépistage précis, efficaces et pertinents pour les enfants en bas âge.

Cet ouvrage comprend un bref historique de l'intervention précoce, type d'intervention qui comprend le dépistage des retards de développement des jeunes enfants. Divers thèmes reliés à ce type de dépistage seront abordés : son importance, sa nature, les difficultés qui y sont reliées ainsi que les caractéristiques à privilégier pour les instruments et processus de dépistage. Différentes pratiques et divers instruments de dépistage seront présentés et l'instrument choisi pour l'étude, l'« Ages and Stages Questionnaires (ASQ) », sera décrit exhaustivement. L'objectif poursuivi est de vérifier la fidélité de la traduction francophone de trois questionnaires de cet instrument, ainsi que de sonder la satisfaction des éducatrices des CPE, quant à l'utilisation de l'ASQ. L'hypothèse de recherche envisagée est que les questionnaires traduits possèdent une fidélité suffisante et comparable à celle de la version originale. Les participants et le déroulement de l'expérimentation seront présentés. Par la suite, les résultats seront exposés et discutés. Des réflexions sur la présente étude, la situation actuelle du dépistage et la façon de traduire et d'adapter des instruments seront formulées. Finalement, les limites de l'étude seront abordées et les retombées possibles ainsi que des suggestions de recherches complémentaires seront esquissées.

Contexte théorique

L'intervention auprès des jeunes enfants ayant des besoins particuliers s'est transformée au cours des dernières décennies. Un bref historique de l'évolution de l'intervention précoce sera présenté suivi d'un exposé sommaire sur le contexte actuel de l'intervention chez les jeunes enfants. Le dépistage des retards de développement, dimension importante de l'intervention précoce, sera abordé sous différents angles. Son importance, sa nature, ses objectifs, les difficultés relatives à ce type de dépistage, les caractéristiques optimales des instruments de dépistage seront discutées, ainsi qu'un inventaire des processus et instruments s'y rattachant. Enfin, l'instrument sélectionné sera présenté et analysé de façon critique.

L'INTERVENTION PRÉCOCE

Bref historique

L'intervention précoce commence au milieu des années 1800 lorsqu'un Anglais, Friedrich Froebel, développa les premières garderies à partir du principe que l'enfant apprend par le jeu et que l'on contribue à son développement en lui offrant du matériel et des activités. Par la suite, ses idées ont suscité le développement de garderies éducatives à travers l'Angleterre et aux États-Unis. Au début des années 1900, des chercheurs en petite enfance, tels G. Stanley Hall et John Dewey, proposent une

approche alternative centrée sur des observations systématiques, sur des collectes de données et sur l'analyse de ces dernières, si bien que ces centres éducatifs sont devenus des lieux d'étude de l'enfance. Au cours des mêmes années, une autre influence d'origine européenne donne naissance au concept de « nursery school » selon lequel les centres ont pour but de répondre aux besoins des jeunes enfants en offrant des services préventifs et complets. Dans cette optique, MacMillans, vers 1910, met sur pied une clinique de santé, la première manifestation concrète de ce courant nouveau qui donnera plus tard naissance aux écoles développées par Maria Montessori à Rome (Richmond & Ayoub, 1993).

Ces trois types de centres : garderies, centres éducatifs et « nursery school », ont contribué au développement des services d'intervention précoce qui apparaissent aux États-Unis au cours des années soixante. Ce type d'intervention cherche alors à offrir les services nécessaires aux enfants ayant des difficultés avant leur entrée à l'école, en essayant de faire en sorte qu'ils commencent tous sur un même pied d'égalité. À cette époque, les enfants ciblés étaient ceux qui provenaient de milieux socio-économiquement et socio-culturellement défavorisés et les enfants ayant un handicap, telle une déficience intellectuelle ou physique (Bégin, 1992; Terrise & Boutin, 1994).

De nombreux auteurs (Costarides, Shulman, Trimm & Brady, 1998; Glascoe, 1995; Guralnick, 1997; Kates, 1997; Lerner, Lowenthal & Egan, 1998; Lynch, 1996; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990; Safer & Hamilton, 1993;

Squires, Nickel & Bricker, 1990; Taylor, 1993; Thurlow & Gilman, 1999) soulignent le rôle important, dans le développement de l'intervention précoce, de la loi américaine « Education of the Handicapped Act Amendments (PL 99-457) ». Cette loi est adoptée en 1986, puis modifiée ultérieurement et finalement approuvée de nouveau en 1990 sous le nom de « Individuals with Disabilities Education Act (PL 101-476) ». Cette décision législative oriente les services d'éducation spécialisée offerts aux enfants d'âge préscolaire. À cette fin, l'identification précoce des enfants qui ont un retard ou qui vivent dans des conditions qui les rendent à risque de développer un retard devient essentielle.

Au cours des années soixante à quatre-vingt-dix, de nombreux programmes américains ont été mis en place pour réaliser l'intervention précoce, par exemple : « Perry Preschool » (Bryant & Maxwell, 1997; Terrisse & Boutin, 1994), « Chicago Child and Parent Centers » (Bryant & Maxwell, 1997), « The Syracuse University Family Development Research Program » (Bryant & Maxwell, 1997), « Houston Parent Child Development Center » (Bryant & Maxwell, 1997), « Abecedarian Project » (Bryant & Maxwell, 1997), « Project Care » (Bryant & Maxwell, 1997), « Portage Program in the Gaza Strip » (Bryant & Maxwell, 1997), « Home Visiting Study in Jamaica » (Bryant & Maxwell, 1997), « Mother-Child Home Program in Bermuda » (Bryant & Maxwell, 1997), « Comprehensive Child Development Programs » (Bryant & Maxwell, 1997), « Head Start » (Bryant & Maxwell, 1997; Terrisse & Boutin, 1994), « Direct Instruction » (Terrisse & Boutin, 1994).

De nombreuses recherches ont tenté d'évaluer les effets de ces programmes. Toutefois, les résultats concernant le développement de l'enfant ne sont pas ceux que l'on souhaitait. En effet, les gains ne se maintiendraient pas à long terme (White, Day, Freeman, Hantman & Messenger cités dans Terrisse & Boutin, 1994). Même si ces résultats se sont avérés relativement décevants, cette première série d'études a permis le raffinement des composantes de l'évaluation de ces programmes d'intervention précoce. Ces recherches ont provoqué l'émergence de connaissances nouvelles sur la population visée, sur ses besoins, sur les facteurs qui influencent les familles ainsi que sur les démarches d'expérimentation et les méthodes d'évaluation (Terrisse & Boutin, 1994).

Les programmes d'intervention précoce peuvent être efficaces à certaines conditions. Afin d'accroître l'efficacité de ces programmes et la durabilité de leurs effets, les caractéristiques suivantes sont indispensables : 1) présenter les habiletés sous forme de curriculum; 2) préciser et hiérarchiser les objectifs; 3) élargir le contenu du programme à plus de domaines que les seulement les sphères cognitives ou intellectuelles de l'enfant et, 4) impliquer les parents (Terrisse & Boutin, 1994).

Contexte de la dernière décennie

L'intervention précoce pratiquée durant les années 90 profite des connaissances acquises au cours des décennies précédentes. L'intégration des connaissances amène cinq changements marquants dans la philosophie et les pratiques : 1) l'accroissement de l'importance attribuée à la prévention; 2) l'apparition des services multidisciplinaires; 3)

l'organisation d'un système de services coordonnés; 4) le recours à des méthodes d'évaluation non essentiellement centrées sur les résultats cognitifs et 5) la mise en place d'un partenariat entre professionnels et parents (Richmond & Ayoub, 1993). Ce dernier point est d'ailleurs souligné par plusieurs auteurs qui ont démontré l'importance de l'implication des parents dans l'intervention auprès de jeunes enfants (Bagnato, Neisworth & Munson, 1997; Bouchard, Pelchat & Sorel, 1998; Diamond & Squires, 1993; Leduc, Duhamel-Maples, Girard, Maltais, Parisien & Ouellette, 1997; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Squires, 1996; Squires & al., 1990; Squires & al., 1999; Thurlow & Gilman, 1999).

Le concept de surveillance développementale a connu une notoriété supplémentaire grâce à la « Individuals with Disabilities Education Act (PL 101-476) », loi selon laquelle chaque région des États-Unis se doit de mettre en oeuvre des initiatives complètes de dépistage pour identifier, de façon rapide et précise, les enfants ayant des problèmes de développement ou étant dans des conditions qui les rendent à risque de développer de tels problèmes (Eddey, Robey, Zumoff & Malik, 1995).

Au Québec, des orientations politiques, des programmes et des évaluations portant sur la santé publique voient le jour : « Un Québec fou de ses enfants » (Bouchard, 1991), « Naître égaux, Grandir en santé, Un programme intégré de promotion de la santé et de la prévention en périnatalité » (MSSS, 1995), « Priorités nationales de santé publique 1997-2002 » (MSSS, 1997), « Plan d'action pour la

transformation des services de santé mentale » (MSSS, 1998a), « La politique de la santé et du bien-être » (MSSS, 1998b), « Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan » (MSSS, 1999), « Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan » (MSSS, 2000), « Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3^e bilan » (MSSS, 2001), « Programme national de santé publique 2003-2012 » (MSSS, 2003). Tous ces travaux mettent en lumière la nécessité de l'intervention précoce, soit parce que c'est le principal objet de leur étude, soit parce qu'ils soulignent l'importance de la prévention et de la priorité à donner au bien-être des jeunes enfants.

Particulièrement, la politique de santé et de bien-être (MSSS, 1992), met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes sociaux. Dans cette optique, elle renforce donc les interventions qui prennent place avant que les problèmes n'apparaissent. Elle vise aussi la connaissance et la surveillance de l'état de santé de la population. Cette politique s'inscrit dans un courant international lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et contient 19 objectifs visant à diminuer les problèmes qui menacent la santé publique. Dans le document sur les priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997), il est important de noter qu'une des sept priorités vise l'adaptation sociale des enfants.

De plus, des changements importants sont survenus dans le système de santé et de services sociaux lors d'une réforme de ces services en 1993. Les équipes de santé publique qui étaient dans les hôpitaux ont pris place au sein des Régies Régionales,

celles-ci ayant alors le mandat de créer les directions et les programmes de santé publique. Sur la scène locale, la mission des Centres locaux des services communautaires (CLSC) a été consolidée, entre autres au niveau de la prévention et de la détection des problèmes sociaux (MSSS, 1997).

Terrisse et Boutin (1994) identifient plusieurs recherches ou projets québécois, tels le « Projet d'intervention précoce (PIP) », le « Projet d'éducation préscolaire dans la famille (PEPF) », le « Projet d'éducation parentale et d'intervention précoce (EPIP) » ou encore le « Projet d'intervention éducative en milieu ethnique » et, pour la plupart, ils prennent place en CLSC.

IMPORTANCE DU DÉPISTAGE

Le dépistage représente une préoccupation majeure dans l'organisation actuelle des services à la petite enfance (Shoemaker, Saylor & Erickson, 1993; Raggio, Massingale & Bass, 1994; Glascoe, 1995; Kochaneck & Buka, 1995; Behl & Akers, 1996; Glascoe, 1997; Macias, Saylor, Greer, Charles, Bell & Katikaneni, 1998 ; Squires, Potter, Bricker & Lamorey, 1998; Squires & al., 1999). Les besoins en matière de dépistage et l'importance de celui-ci sont signalés par différents auteurs (Meisels & Wasik, 1990; Squires & al., 1999, Thurlow & Gilman, 1999; Tommey, 1990). Gorski et VandenBerg (1996) soulignent le fait que les intervenants ont besoin de processus

concrets pour identifier les enfants à risque de développer des difficultés de développement.

Un enfant qui rencontre des difficultés dans le domaine des relations sociales évoluera possiblement vers l'inadaptation sociale et scolaire s'il ne reçoit aucun service (Kennedy, 1988; Parker & Asher, 1987; Coie, 1985; Greenberg, Kusche & Speltz, 1991 cités dans Provost, Royer & Coutu, 1999; TAAC, 1990). On remarque qu'un faible pourcentage des enfants connus comme ayant des besoins spéciaux après leur entrée à l'école avait déjà été identifié à l'âge préscolaire (Thurlow & Gilman, 1999). Ces constatations ont provoqué des discussions considérables dans la communauté pédiatrique, donnant naissance au concept de surveillance développementale abordé plus haut dans l'historique et décrit par Eddey et al. (1995). Dans cette optique, des visites médicales ont permis de commencer la cueillette d'informations sur la famille, sur le support social et d'autres facteurs de l'environnement social qui pourraient nuire au développement de l'enfant en plus de renseigner sur les compétences de développement de l'enfant.

Le dépistage des retards de développement est une orientation de l'OPHQ pour l'intervention précoce (Bégin, 1992). De plus, dans son « Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale », le MSSS (1998a) affirme que les services à offrir aux enfants ayant des difficultés dans le domaine de la santé mentale doivent comporter, entre autres, la possibilité d'avoir accès à un dépistage fiable.

Le dépistage est décrit comme très important, car il s'agit de l'étape qui prépare l'identification des enfants et des familles qui pourraient bénéficier de services d'intervention précoce. Plusieurs auteurs (Kochanek, 1993; Kochanek & Buka, 1995; Lerner & al., 1998) voient le dépistage comme le premier pas vers l'entrée dans les services pour les enfants qui en ont besoin et, en tant que tel, ce processus devrait fournir l'information concernant les besoins de l'enfant et de sa famille et assurer aussi un maillage adéquat avec les programmes ou les ressources de la communauté pouvant offrir des services d'intervention appropriés. Le dépistage devrait être considéré comme la première des interventions et non seulement comme l'identification des enfants en besoin d'évaluations futures. Un dépistage adéquat amène donc à une conception appropriée de l'éligibilité aux services d'intervention précoce (Benn, 1993). Plus une difficulté au niveau du développement est dépistée rapidement, plus l'enfant et sa famille peuvent recevoir rapidement les services nécessaires, améliorant ainsi les chances de succès (Kurtz cité dans Lachance, 1991; TAAC, 1990).

NATURE ET OBJECTIFS DU DÉPISTAGE

Plusieurs auteurs (Bagnato & al., 1997; Bricker, 1989; Lerner & al., 1998; Lynch, 1996; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990; Taylor, 1993; Thurlow & Gilman, 1999) soulignent la nécessité de distinguer trois concepts trop souvent confondus : le dépistage (« screening »), l'évaluation initiale (« assessment ») et l'évaluation des progrès (« evaluation »). Il importe de les différencier étant donné que

les instruments d'évaluation ne sont pas spécifiquement conçus pour dépister les enfants en difficulté ou potentiellement à risque. Afin de garantir la précision de ces instruments, ils doivent être utilisés dans le cadre de leur propre usage.

Lynch (1996), McLean et McCormick (1993), Squires et al. (1999) ainsi que Turlow et Gilman (1999) s'entendent pour définir le dépistage (« screening »), comme le fait d'identifier si l'enfant a un développement typique ou s'il a besoin d'une évaluation plus spécialisée.

L'évaluation initiale (« assessment ») est définie par plusieurs auteurs (Bricker, 1989; Lerner & al., 1998; Lynch, 1996; McLean & McCormick, 1993; Meisel & Wasik, 1990; Taylor, 1993) comme l'identification d'abord des problèmes de développement, puis des forces et des difficultés de l'enfant dans les différentes sphères de son développement, ensuite des ressources appropriées pour répondre aux besoins de l'enfant, et enfin des préoccupations de la famille. Selon Lerner et al. (1998), Lynch (1996) et Taylor (1993), il existe différents types d'évaluation initiale (référant à des normes, référant à des critères, basée sur un curriculum, basée sur le jeu, etc.). Parmi ces types d'évaluation, on trouve des instruments comme « Assessment Log and Developmental Progress Charts-Infants », « Brigance Inventory of Early Development-Revised », « Early Learning Accomplishment Profile », « Hawaii Early Learning Profile », « Vulpe Assessment Battery ».

L'évaluation des progrès (« evaluation ») prend la forme d'un suivi des acquisitions de l'enfant. Souvent, on compare les capacités présentes chez l'enfant avec les objectifs fixés lors d'évaluations préalables. Des instruments comme le « Battelle Developmental Inventory », « Bayley Scales of Infant Development », « Infant Mullen Scales of Early Learning » sont conçus pour ce type d'évaluation (Taylor, 1993).

Le dépistage, l'évaluation initiale et l'évaluation des progrès poursuivent des buts différents. Étant donné cette différence d'orientation, plusieurs outils ne peuvent servir à combler le besoin d'instruments de dépistage, en dépit de nombreuses études américaines concernant les instruments d'évaluation initiale ou d'évaluation des progrès (Cicchetti & Wagner, 1990; Costarides & al., 1990; Edelbrock, 1994; McCune, Kalmanson, Fleck, Glazewski & Sillari, 1990).

DIFFICULTÉS RELIÉES AU DÉPISTAGE

Malgré les progrès législatifs et médicaux constatés aux États-Unis, les façons d'identifier les enfants ayant besoin de services sont encore primitives (Kochaneck & Buka, 1995). Cette situation serait plutôt due au manque de modèles de dépistage efficaces qu'à l'insuffisance des ressources financières. Squires et al., (1998) déplorent la rareté d'instruments de dépistage peu coûteux pour les nourrissons ou jeunes enfants, et comportant aussi une validité et une fidélité acceptables.

Au Québec, il existe peu d'instruments francophones validés et standardisés permettant de dépister les retards de développement (Bégin, 1992; Lachance, 1991; Robert, 1995; Terrisse & Boutin, 1994). De plus, le processus de dépistage tel qu'il est appliqué au Québec n'est ni systématique, ni formel (Bégin, 1992).

Le Committee on School Health et Committee on Early Childhood, Adoption and Dependant Care (1995) ainsi que Gredler (1997) jugent inadéquate la pratique d'utiliser des tests d'entrée scolaire (« school readiness ») pour dépister des retards de développement et inversement. L'instrument utilisé n'étant pas adapté à la situation, les décisions qui en découlent pourraient être erronées.

Certains instruments ne mesurent pas tous les domaines et mènent donc à un dépistage incomplet ou inapproprié (Gredler, 1997). Les domaines de développement n'ont pas tous le même impact sur le fonctionnement actuel ou futur de l'enfant (Glascoe, 1995). Par exemple, le langage est un indicateur critique du fonctionnement de l'enfant et il est indispensable au succès scolaire tandis qu'une difficulté au niveau moteur n'entrave pas nécessairement le développement du domaine cognitif.

Il est bien entendu préférable de détecter les problématiques aussitôt que possible, mais il importe aussi de se préoccuper d'éviter l'étiquetage prématuré et ses effets négatifs, selon Hoobs (cité dans Lidz, 1983), Mercier et Algozine (cités dans Lidz, 1983), TAAC (1990) ainsi que Thurlow et Gilman (1999). Même chez un enfant sans

problème particulier, on peut observer des variations dans les comportements ou dans l'apparition des habiletés, sans que ce soit nécessairement le signe annonciateur d'une problématique.

CARACTÉRISTIQUES OPTIMALES DES PROCESSUS OU INSTRUMENTS DE DÉPISTAGE

Il n'existe pas de convention établie pour faire un choix approprié d'un instrument de dépistage. Les professionnels du dépistage doivent apprendre à reconnaître, à choisir et à demander des instruments de mesure de qualité. Différentes caractéristiques sont recommandées pour le choix d'un instrument de dépistage qu'il importe de considérer au moment de la sélection d'un tel outil (Glascoe, 1995).

Un instrument de dépistage se doit d'être complet, c'est-à-dire de mesurer toutes les sphères du développement, tout en prenant en considération la santé physique de l'enfant. Un outil qui n'observe que certains domaines de développement, sans prendre les autres en considération peut mener à des erreurs. Il importe donc qu'un instrument de dépistage ne soit pas basé sur un seul ou quelques domaines, mais qu'il touche à toutes les sphères de développement (Meisels & Wasik, 1990).

Un instrument complet se doit aussi de contenir une évaluation de l'état de santé physique (Benn, 1993). Par contre, un système de dépistage basé exclusivement sur

l'aspect médical est incomplet, car un événement traumatisant survenu pendant la grossesse ou juste après l'accouchement ne constitue pas nécessairement le présage d'une difficulté de développement (Kochaneck, 1993).

Les compétences et les difficultés détectées au cours de la petite enfance ne sont pas le seul facteur qui influence le devenir des enfants. Les instruments de dépistage se doivent de contenir des informations non seulement sur l'enfant, mais aussi sur les nombreux autres éléments qui interagissent avec lui et qui influencent son fonctionnement, comme la famille, les milieux de vie de l'enfant et les facteurs de risque et de protection qui lui sont reliés (King, Logsdon & Schroeder, 1992; Lidz, 1983).

Il apparaît primordial que les instruments de dépistage recueillent des informations sur les compétences et sur le développement de l'enfant (Bricker, 1996; King & al., 1992; Kochanek, 1993; Kochaneck & Buka, 1995; Lynch, 1996; McLean & McCormick, 1993).

Des informations variées portant sur les environnements où évolue l'enfant sont importantes. L'environnement familial et social (Bricker, 1996; King & al., 1992; Kochaneck & Buka, 1995; Lynch, 1996), l'interaction de l'enfant avec ces environnements (Benn, 1993; Kochanek, 1993), les besoins et les forces de la famille (Kochanek & Buka, 1995, McLean & McCormick, 1993), la quantité et la qualité des interactions parents-enfants (Kochanek, 1993; Kochanek et Buka, 1995, McLean &

McCormick, 1993) et le système de support social (Kochanek & Buka, 1995, McLean & McCormick, 1993) devraient se retrouver dans l'instrument de dépistage.

Les tests de dépistage standardisés sont nettement préférables aux mesures informelles (Benn, 1993; Glascoe, 1995), provenant d'instruments maison, construits à partir de différentes parties d'outils et dont les caractéristiques psychométriques ne sont pas connues. Il importe d'avoir un instrument qui possède de solides qualités psychométriques, car ces caractéristiques influencent la justesse du dépistage et des services qui seront ensuite mis en place (Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990).

Les caractéristiques psychométriques importantes d'un instrument de dépistage comprennent l'échantillon, l'échantillonnage, la validité, la fidélité, la sensibilité et la spécificité (APA, cité dans Glascoe, 1995; Gredler, 1997; Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990; Taylor, 1993).

L'échantillon est formé par le groupe des personnes qui participent à l'étude (Fortin, 1996). Le nombre des participants qui composent l'échantillon doit être assez élevé afin de permettre le traitement statistique des données. De plus, il importe de s'assurer d'un bon échantillonnage (APA, cité dans Glascoe, 1995; Gredler, 1997), ce qui consiste à s'assurer que les caractéristiques des participants de l'échantillon correspondent aux caractéristiques de la population étudiée (Fortin, 1996).

La validité et la fidélité d'un instrument sont aussi indispensables (APA, cité dans Glascoe, 1995; Gredler, 1997; Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990; Taylor, 1993). La validité se définit comme la qualité d'un instrument à mesurer ce qu'il doit mesurer, tandis que la fidélité désigne plutôt la capacité d'un instrument à fournir le même résultat si l'on prend plus d'une mesure chez un même groupe de personnes dans les mêmes conditions (Fortin, 1996).

Deux autres caractéristiques pertinentes sont la sensibilité et la spécificité (APA cité dans Glascoe, 1995; Gredler, 1997; Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993). Selon Fortin (1996), la sensibilité réfère au nombre de participants identifiés par l'instrument et qui ont effectivement le problème ou la particularité identifiée tandis que la spécificité se définit comme le nombre de personnes identifiées sans retard par l'instrument et qui ne présentent pas la particularité recherchée.

Aucun processus de dépistage ne peut prédire entièrement ce que sera le développement futur d'un enfant. Aussi une évaluation doit-elle être effectuée de façon répétée afin de déterminer les forces et les difficultés les plus courantes de l'enfant (Gorski & VandenBerg, 1996).

Des variations significatives se produisent dans le développement de l'enfant et dans l'état de la famille au cours des premières années (Kochanek, 1993; Kochanek &

Buka, 1995; Lerner & al., 1998). Comme le développement est un processus malléable, les difficultés peuvent être passagères ou évoluer vers un retard de développement (Kochanek, 1993). À l'inverse, un enfant dont le développement semble suivre le cours normal peut démontrer des signes de retard en grandissant (Glascoe, 1995).

Le processus de dépistage doit s'appliquer en série, c'est-à-dire contenir des évaluations périodiques que l'on fait passer à l'enfant de façon répétée et étalée dans le temps, ce qui permet de détecter très tôt les possibles retards (Glascoe, 1995; Kochanek, 1993). L'idéal, c'est qu'une famille puisse participer à plusieurs occasions à un processus de dépistage au cours des premières années de vie de l'enfant (Kochanek, 1993; Kochanek & Buka, 1995; Lerner & al., 1998). Un exemple de dépistage en série est illustré par le processus « PREDICTS » développé par Kochanek en 1987 (Kochanek & Buka, 1995). C'est un modèle construit en cohérence avec les concepts suggérés par la surveillance développementale, un processus qui recueille des informations, à la fois sur l'état de l'enfant et sur celui de sa famille, de façon systématique, multidimensionnelle et continue. Ce processus comprend deux niveaux de dépistage. Le premier comprend quatre temps de collecte des données (naissance, six mois, 12 mois et 24 mois) et, à l'aide de quatre domaines qui regroupent 12 facteurs de risque spécifiques, il vise à identifier les enfants qui auront besoin d'un suivi plus en profondeur. Le second niveau se déroule à la maison et recueille des informations sur les compétences de développement de l'enfant, sur les forces, les besoins et les systèmes de support de la famille ainsi que sur la qualité des personnes qui prennent soin de l'enfant.

Il est recommandé d'utiliser des mesures qui reposent sur plusieurs sources (Glascoe, 1995), car le développement de l'enfant s'exprime de façon fluctuante. D'ailleurs, certaines études signalent que des modèles qui reposent sur un seul facteur mènent à des erreurs de prise de décision (Lerner & al., 1998; Meisels & Wasik, 1990; Kochanek, 1993; Kochanek & Buka, 1995). Cette méthode est préconisée, car elle minimise les risques d'erreurs et s'assure que tous les domaines ont été évalués. Aussi est-elle privilégiée aux États-Unis par la loi « PL 99-457 » pour déterminer l'éligibilité aux services (Glascoe, 1995).

Il est privilégié que l'information provienne de différents points de vue : observation directe par des intervenants spécialisés en dépistage ou des équipes multidisciplinaires, compte-rendu des parents ou observation des interactions parents-enfant, rapport de l'éducatrice en garderie ou d'une autre personne significative dans la vie de l'enfant (Benn, 1993; Glascoe, 1995; Kochanek, 1993; Kochanek & Buka, 1995; Lerner & al., 1998; Meisels & Wasik, 1990; TAAC, 1990)

L'un des partenaires les plus importants dans le processus de dépistage, ce sont les parents (Benn, 1993; Bouchard & al., 1998; Diamond & Squires, 1993; Kochanek, 1993; Leduc & al., 1997; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Squires & al., 1990; Squires & al., 1999; Thurlow & Gilman, 1999). La famille joue un rôle clé dans le processus de dépistage et, tel que mentionné précédemment, les modèles de

dépistage doivent contenir une partie qui recueille l'information auprès des parents et sur eux (Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; Thurlow & Gilman, 1999).

Il existe de nombreux avantages à impliquer les parents dans le processus de dépistage. Les informations recueillies sont plus riches ainsi que plus complètes et la contribution des parents entraîne des suggestions d'activités permettant d'observer les comportements à évaluer. Les coûts reliés au processus de dépistage sont grandement diminués grâce à leur implication (Squires, 1996). Aussi, il est connu que des parents sollicités dès le début sont plus motivés à participer à l'intervention qui suivra (Bouchard & al., 1998; Leduc & al., 1997). Enfin, cette forme de pratique permet une identification plus précise et plus rapide des préoccupations des parents qui influenceront aussi sur les services à venir (Squires, 1996).

Cependant, le fait de considérer les parents comme partenaires dans le processus de dépistage fait naître une préoccupation concernant leurs capacités à percevoir de façon précise leur enfant. Des études ont été réalisées (Squires & Bricker, 1991; Squires & al., 1990; Squires & al., 1998) pour évaluer si des parents de différents milieux socio-économiques sont aptes à remplir ces questionnaires de façon fiable. Les évaluations des parents ont été comparées à celles de professionnels et on a pu constater que les résultats correspondent lorsqu'il s'agit d'évaluer des comportements observables et quotidiens de l'enfant. Il reste toutefois la question de savoir si les parents provenant de milieux socio-économiquement défavorisés peuvent faire une évaluation aussi précise que les parents

de milieux plus aisés. Des comparaisons antérieures (Frankenburg, Coons & Ker, 1983; Knobloch, Stevens, Malone, Ellison & Risemberg, 1979; Rescorla, 1989, cités dans Squires & al., 1998) ont donné des résultats contradictoires. D'après leur étude, Squires et al. (1998) concluent que l'écart éventuel peut disparaître si l'instrument de dépistage est construit pour convenir aux parents provenant de milieux socio-économiques défavorisés. Ce critère est d'autant plus important que plusieurs facteurs augmentent le risque de retrouver des problèmes de développement dans ces milieux.

D'autres partenaires que les parents peuvent occuper une place prépondérante dans le processus de dépistage. Si l'enfant fréquente un CPE, les éducatrices ou les éducateurs disposent alors de deux atouts majeurs qui peuvent bonifier le processus de dépistage : ils sont aux premières loges quant aux observations quotidiennes des comportements des enfants, et ils possèdent une très bonne connaissance des étapes du développement des enfants en bas âge (Bégin, 1992; Duclos, Gravel & Corey-Bernier, 1986; Leduc & al., 1997; TAAC, 1990).

Au Québec, si l'enfant reçoit des services du CLSC, les intervenants de cette ressource peuvent aussi contribuer au processus de dépistage, car ils sont directement impliqués en matière de santé publique et donc en matière de prévention, en particulier par le biais de programmes d'intervention précoce (MSSS, 1997; MSSS, 1998a; MSSS, 1998b; MSSS, 1999; MSSS, 2000; MSSS, 2001; MSSS, 2003).

Selon le contexte, d'autres types de professionnels peuvent aussi faire partie des partenaires. Le programme de dépistage mis sur pied par Eddey et al. (1995), le « Matheny Infant Screening Program (MISP) » en est un bon exemple. Ce programme a pour cible les enfants de la naissance à six ans et a comme objectif principal d'établir une surveillance plus continue dans les services médicaux et d'éducation déjà en place. L'approche retenue est multidisciplinaire et tient compte du jugement de chacun des professionnels. Au préalable, une infirmière procède au dépistage de la présence de troubles au niveau auditif. Puis, compte tenu de l'âge de l'enfant, divers professionnels sont impliqués : médecin, infirmière, physiothérapeute, musicothérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, orthopédagogue, psychologue. Ces intervenants se réunissent dans un grand local et procèdent à une évaluation de type « aréna », c'est-à-dire qu'ils sont tous présents en même temps et font leur évaluation en observant et interagissant avec l'enfant qui est entouré de matériel divers. Les parents sont également présents et expriment leur perception des difficultés de l'enfant et leurs préoccupations le concernant. Le processus utilisé, le MISP, est un ensemble de guides d'observation touchant différentes sphères du développement : communication et langage, motricité

globale et fine, comportement et développement physique. L'expérimentation de ce programme leur a permis de conclure que le processus aide à confirmer la perception que les parents ont de leur enfant et à référer celui-ci s'il faut ensuite une évaluation plus poussée.

La formation et la compétence des intervenants qui font du dépistage sont capitales. Une solide formation en matière de dépistage (APA, cité dans Glascoe, 1995; Glascoe, 1995; Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; Lidz, 1983) et de développement de l'enfant (Glascoe, 1995; TAAC, 1990) est nécessaire pour que le processus soit efficace, précis, et pour que les décisions qui s'ensuivent soient adéquates (Glascoe, 1995; Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998; Lidz, 1983).

Les particularités suivantes se retrouvent aussi parmi les caractéristiques optimales des instruments et processus de dépistage: la brièveté (Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990), le peu de coûts (Bricker & Squires, 1989b; Gredler, 1997; Lerner & al., 1998; McLean & McCormick, 1993; Meisels & Wasik, 1990; Squires & al., 1990; Squires & al., 1999, Thurlow & Gilman, 1999), et la sensibilité aux différences culturelles qui peuvent influencer le développement (Kochanek, 1993; Lerner & al., 1998, Thurlow & Gilman, 1999). Ils devraient, de plus, contenir un système de cotation objectif (Lerner & al., 1998; Meisels & Wasik, 1990).

D'autres éléments ont également été identifiés comme souhaitables: du matériel qui attire l'attention, des éléments et consignes faciles à repérer, des consignes claires et simples pour éviter les erreurs. Finalement, une description de la façon d'expliquer les résultats aux familles, la recommandation d'éviter les étiquettes diagnostiques, et des informations qui orientent les examinateurs pour faire des références appropriées devraient aussi faire partie des caractéristiques à considérer dans un instrument ou un processus de dépistage (APA, cité dans Glascoe, 1995)

LE DÉPISTAGE : PRATIQUES ET INSTRUMENTS

Le dépistage en contexte de CLSC

Au nombre des services offerts en CLSC, on retrouve le dépistage des retards de développement chez les jeunes enfants. Cependant, il est parfois difficile de rejoindre les enfants ayant des difficultés ou à risque d'en développer, certains parents ne suivent pas les campagnes de vaccination, d'autres ne viennent pas spontanément aux ateliers proposés ou n'inscrivent pas leur enfant dans un CPE qui pourrait le référer au CLSC en cas de besoin. Le manque de ressources humaines et financières a aussi des effets négatifs sur le processus de dépistage, comme l'impossibilité de développer des programmes de sensibilisation et de prévention, et l'impossibilité d'offrir des formations aux éducatrices des CPE sur des instruments de dépistage plus systématiques (Harguindéguy-Lincourt & Larocque, 1999).

Différentes recherches ont été effectuées sur des initiatives québécoises en matière de processus de dépistage et elles prennent place en contexte de CLSC. On y retrouve, entre autres, une étude sur la validation d'une méthode de dépistage des bébés à risque au cours des premières années de leur vie (Lachance, 1991). Une autre étude porte sur le « Projet de dépistage et d'intervention précoce auprès des familles et enfants à risque de négligence (DIP) » (Labrecque & Gagnon, 1992). Également, un bilan a été effectué à propos de la première année (1992-1993) de fonctionnement d'un programme de dépistage et d'intervention précoce en santé mentale au CLSC Chutes-de-la-Chaudière-Desjardins (Auger, 1994). Aussi, une analyse du projet « Processus de dépistage des problèmes de développement des enfants de dix-huit mois » (Rioux, 1994) a été réalisée. Finalement, une recherche évaluative sur le « Programme de prévention et de dépistage en santé globale auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs parents » (Robert, 1995) a pris place en contexte de CLSC en Abitibi.

Plus particulièrement, le projet de Lachance (1991) consiste à créer et à valider une série de grilles de dépistage portant sur les domaines neuromoteur et affectif des premières années de vie des bébés à risque. Le but de son étude consistait à favoriser la mise en œuvre d'un système de dépistage intensif pour la région périphérique de l'Outaouais. Deux cent cinquante bébés, nés au Centre Hospitalier de Gatineau, ont été sélectionnés à partir de critères spécifiques et ont fait l'objet d'évaluations en CLSC. L'évaluation de l'aspect neuromoteur et physique était fait par une infirmière. L'aspect psychosocial était évalué, quant à lui, à l'aide d'instruments de dépistage déjà validés :

le « B.I.A » de Tableman et Katzenmeyer (1985) à la naissance, l'« inventaire de perception néonatale » de Broussard (1979) à un mois et le « Home Screening Questionnaire (HSQ) » de Frankenberg (1986) à quatre et 12 mois. Les résultats obtenus étaient comparés à la classification médicale (APGAR, etc.) pour l'aspect neuromoteur et à une classification établie à la naissance (âge de la mère, niveau socio-économique, etc.) pour l'aspect psychosocial. Les résultats de l'étude indiquent que les grilles utilisées permettaient un dépistage des enfants à risque.

Le « Projet de dépistage et d'intervention précoce auprès des familles et enfants à risque de négligence (DIP) » de Labrecque et Gagnon (1992) ne comporte qu'une petite partie sur le dépistage, l'emphasis étant surtout mise sur l'intervention. Afin de dépister les enfants vivant dans un milieu négligent, les chercheurs ont cumulé, pendant les trois premières années du programme, les principaux signes évocateurs de négligence (ex. : vêtements inadéquats, alimentation déficiente, hygiène corporelle insuffisante, etc.). C'est à l'aide de ces indices que les enfants étaient dépistés.

Auger (1994) mentionne l'existence d'un programme de dépistage et d'intervention précoce mettant en collaboration la commission scolaire et le CLSC de la région Chaudières-Appalaches. Il s'agit d'une adaptation d'un programme mis en place par Hurteau, en 1990, auprès d'enfants de première et deuxième année du primaire. La nouvelle clientèle du programme modifié est composée d'enfants de classes de maternelle de 5 ans. Le programme vise la prévention des difficultés d'apprentissage et,

par conséquent, celle de la délinquance et du décrochage scolaire. Une psychologue était la personne de référence pour ce programme. Les enfants étaient dépistés à l'aide d'un questionnaire, soit la version pour les parents du « Questionnaire d'Évaluation du Comportement Préscolaire (QECF) » de Rutter (1968), traduit et validé par Tremblay et Desmarais-Gervais en 1985. Les parents remplissaient ce questionnaire lors de l'inscription de leur enfant à la maternelle. Ce questionnaire comporte quatre échelles : 1) agressivité-hyperactivité; 2) anxiété-retrait social; 3) inadaptation et 4) comportements sociaux. Les enfants qui ont présenté les scores les plus élevés et ceux identifiés comme à risque par les enseignants ont été candidats à la participation au programme d'intervention précoce qui suivait le dépistage. Des 950 enfants inscrits à la maternelle, 842 ont retourné le questionnaire, 205 ont été identifiés comme à risque et 19 ont participé au programme.

Un processus de dépistage des retards de développement prend place dans les cliniques de vaccination au CLSC de la municipalité de La Mitis dans la région du Bas-Saint-Laurent (Rioux, 1994). Des infirmières sont en charge de dépister les retards de développement chez les enfants d'environ 18 mois, en collaboration avec les parents. Dans ce but, un instrument d'observation a été conçu par Rioux (1994) en collaboration avec les infirmières: le « Profil du développement de l'enfant de dix-huit mois » et « Le vécu de votre enfant de dix-huit mois ». L'élaboration de ce questionnaire de dépistage s'est faite à partir des instruments suivants : le « Denver Developmental Screening », l'« Échelle de développement Harvey », le « Norois », le « Guide Portage

d'intervention précoce » et le « Programme Parents-enfants mongoliens ». Dans le processus du CLSC, les parents ont dû remplir ce questionnaire avant la clinique de vaccination afin de fournir des informations sur la situation du développement de l'enfant, son comportement et son environnement. Lors de l'application de ce processus, 16,9 % des enfants vaccinés ont été dépistés.

Robert (1995) présente un programme de prévention et de dépistage par le biais d'une recherche évaluative visant à établir si le projet, tel qu'il a été appliqué et avec les effets qu'il a engendrés, répond aux objectifs initiaux du programme. Ce programme, inspiré d'un projet pilote de 1982 réalisé à Rouyn-Noranda, a été installé en 1985 au Centre de Santé Sainte-Famille de la région et il fut révisé en 1992. Le projet mis en place au cours des années 90 vise les objectifs suivants : 1) compléter les programmes déjà en place en ajoutant dépistage et prévention; 2) outiller les intervenants; 3) sensibiliser les parents au développement de leur enfant et, 4) orienter l'enfant et les parents vers des ressources appropriées en cas de besoin. Ce programme s'adresse à deux groupes d'âge : de la naissance à 18 mois et ceux de trois ans et demi. Le dépistage se fait à l'aide d'une grille d'observation remplie par deux infirmières lors des séances de vaccination pour les enfants les plus jeunes et, pour les enfants de 42 mois, en collaboration avec des intervenants en soins infirmiers, en travail social et avec les parents, lors d'ateliers de jeux et d'activités. La grille pour les plus petits est divisée en cinq étapes (2, 4, 6, 12 et 18 mois) et en quatre domaines appelés zones (développementale, affective, socio-familiale et physiologique). À ceci s'ajoute

l' « Inventaire de la Perception du Nouveau-né » de Broussard et Hartner qui détecte les troubles au niveau affectif. Pour les enfants de trois ans et demi, la grille d'observation est aussi divisée en quatre zones, mais légèrement différentes de celles de la première grille : physiologique, développementale, habitudes de vie et psychosociale.

En 1999, le CLSC de la Vallée de la Batiscan met sur pied un instrument afin d'avoir un outil permettant de recueillir les observations quotidiennes et qui pourrait être commun en CPE, en milieu de garde familial et en CLSC. La Grille d'observation du développement de l'enfant (CLSC Vallée de la Batiscan, 1999) est construite à partir de différentes parties de grilles standardisées. Elle indique quand un enfant atteint un niveau de difficulté qui nécessite une évaluation plus élaborée avec un instrument d'évaluation standardisé. Cet instrument se divise en neuf grilles qui couvrent la période de la naissance à cinq ans. La première grille (de la naissance à 12 mois) contient des items classés selon l'âge, tandis que toutes les autres contiennent quatre items dans chacune des catégories suivantes : motricité globale, motricité fine, cognitif, autonomie, socialisation, langage réceptif (compréhension verbale) et langage expressif. Parfois, les grilles contiennent aussi un ou des signaux d'alarme, c'est-à-dire des comportements plus inquiétants s'ils sont présents. Deux observations sont prévues pour chacune des grilles. Les résultats sont reportés à la fin du document ; un graphique simple y indique s'il y a lieu d'enclencher un processus en vue d'évaluer l'enfant. Il est aussi possible de trouver une grille d'observation complémentaire qui recueille des informations à propos

de la vision, l'audition, la vue, les signes de négligence, d'abus physique ou sexuel et de violence psychologique.

Le dépistage en contexte de CPE

Dans tous les CPE du Québec est proposée une méthode d'observation issue du programme « Jouer, c'est magique » (Gariépy, 1998b). Il s'agit du MODE « Mode d'observation du développement de l'enfant » qui est la traduction du COR « Child Observation Record » (High/Scope Educational Research Foundation, 1992), développé à l'intérieur d'un programme d'intervention précoce américain, le programme « High/Scope ». Cette méthode prévoit deux types d'observation : des observations systématiques à l'aide de grilles de notation et un cahier d'observation qui permet de coder les observations et d'évaluer les progrès de l'enfant. Le MODE comprend six dimensions du développement (initiative; relations sociales; représentation créative; musique et motricité; langage, lecture et écriture; logique et mathématique) entre lesquelles sont répartis les 30 items et les cinq niveaux de développement. Ces différentes catégories rejoignent les neuf catégories d'expériences-clés que l'on retrouve dans le programme éducatif des CPE.

Malgré l'existence de cet instrument, les besoins en matière de dépistage ne sont pas comblés car il vise l'observation ce qui ne permet pas une identification des difficultés comme un instrument de dépistage. Dans les régions Mauricie/Centre-du-Québec, la Table de concertation pour l'intégration des enfants handicapés en milieux de

garde des régions 04/17 rapporte, depuis quelques années, des besoins criants en matière de dépistage des problèmes de développement chez les jeunes enfants qui fréquentent les CPE (Harguindéguy-Lincourt, 2001).

Les éducatrices, qui passent beaucoup de temps avec les enfants, identifient facilement les enfants turbulents ou ceux qui ont un comportement bizarre. Cependant, d'autres enfants qui ont des difficultés moins évidentes comme l'inhibition, le retrait social ou la dépression auraient aussi besoin d'aide, mais passent plutôt inaperçus. Les éducatrices détectent assez rapidement un enfant qui se développe différemment de la majorité, mais elles ignorent parfois, quelle est la difficulté qui s'installe et quels services lui seraient utiles. Cependant, lorsqu'un doute s'installe à propos d'un enfant, le processus qui s'ensuit n'est pas chose simple. C'est ici que se fait sentir le besoin d'un instrument qui les aiderait à identifier les enfants qui nécessitent une évaluation plus poussée (Harguindéguy-Lincourt, 2001; Harguindéguy-Lincourt & Larocque, 1999).

Les éducatrices amassent leurs observations à partir de divers outils, sans méthode rigoureuse : avec le programme « Jouer, c'est magique » (Gariépy, 1998a, 1998b), avec des extraits d'instrument d'évaluation comme « L'inventaire du développement de l'enfant de 0 à 7 ans » (Brigance, 1991) ou encore avec des évaluations « maison », construites selon les besoins. Ce processus de dépistage présente des lacunes, en raison de son manque de rigueur et d'uniformité au niveau des instruments utilisés. Les éducatrices expriment aussi le besoin d'avoir un instrument de

dépistage qui soit systématique et qui permette d'organiser leurs observations du développement des enfants (Harguindeguy-Lincourt, 2001; Harguindeguy-Lincourt & Larocque, 1999).

Les éducatrices des CPE des régions Mauricie/Centre-du-Québec se sentent peu outillées pour aborder un parent lorsqu'elles soupçonnent une difficulté chez leur enfant. Souvent, les parents sont donc plus ou moins impliqués avant que la difficulté ne devienne évidente et que l'on doive référer à une ressource plus spécialisée. Les intervenantes manifestent donc le besoin d'un instrument qui les aiderait à établir un premier contact, puis une collaboration suivie avec les parents de l'enfant concerné. (Harguindeguy-Lincourt, 2001; Harguindeguy-Lincourt & Larocque, 1999).

Selon les éducatrices des CPE de ces mêmes régions, les parents font face à de longs délais après l'identification en CPE. Les éducatrices leur suggèrent alors de consulter au CLSC de la région. Souvent, les enfants sont alors placés sur de longues listes d'attente. Au CLSC, l'enfant passe une nouvelle évaluation qui peut, parfois, ignorer les observations de l'éducatrice du milieu de garde. Une fois les difficultés identifiées, la personne ressource du CLSC réfère les parents au centre de réadaptation approprié. De nouveau, les parents sont confrontés à de longues listes d'attentes, puis à une nouvelle évaluation plus spécialisée. Pendant ce temps, l'enfant est toujours dans le CPE et les éducatrices ne savent toujours pas quelles interventions seraient bénéfiques pour l'enfant en attendant des services plus spécialisés. L'utilisation de l'instrument, au

complet ou en partie, en collaboration avec les services d'évaluation permettrait de diminuer le temps d'attente avant la mise en place des services d'intervention précoce appropriés (Harguindéguy-Lincourt, 2001).

Recension d'études portant sur des instruments de dépistage

Afin de guider le choix d'un instrument de dépistage des retards de développement chez les jeunes enfants, une recension de différentes études expérimentales sur des instruments de dépistage est présentée.

Hall et Barnett (1991) ont comparé deux instruments: le « Developmental Indicators for the Assessment of Learning-Revised (DIAL-R) » (Marldell-Czudnowski & Goldenberg, 1983) et le « Screening Children for Related Early Educational Needs (SCREEN) » (Hresko, Reid, Hammill, Ginsburg & Baroody, 1988). Par rapport à quatre types d'information, soit 1) les enfants identifiés à risque par le « SCREEN » et par le « DIAL-R »; 2) les enfants identifiés à risque par le « SCREEN », mais pas par le « DIAL-R »; 3) Les enfants identifiés à risque par le « DIAL-R », mais pas par le « SCREEN »; et 4) les enfants identifiés sans risque par les deux instruments. Dans ce cas, les résultats de la comparaison ont démontré qu'il y avait un taux d'accord très faible entre les deux instruments quant à la classification de l'état de risque.

Carran et Scott (1992) ont analysé certaines études déjà publiées à propos du dépistage d'enfants d'âge préscolaire, afin de mieux établir la sensibilité, la spécificité et

la valeur de prédiction positive grâce au suivi des enfants alors dépistés. Les auteurs mentionnent l'efficacité des instruments suivants, analysés au cours de cette étude : « Student Rating Scale (SRS) » (Feshbach, Adelman & Fuller, 1974), « deHirsch Predictive Index of Reading Failure » (Feshbach, Adelman & Fuller, 1974), « Modified deHirsch Predictive Index (MPI) » (Eaves, Kendall & Crochton, 1974), « Satz Battery » (Satz & Friel, 1974), « Denver Developmental Screening Test » (Lindquist, 1982), « Holbrook Screening Battery » (Badain, 1988) sont efficaces.

Sinclair, Del'Homme et Gonzalez (1993) ont adapté, pour les enfants d'âge préscolaire, la version pour enfant d'âge scolaire du « Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD) » (Walker et Severson, 1990). Au cours de ce projet pilote, les chercheurs ont apporté les changements suivants à l'instrument : 1) la troisième phase visant l'observation de moments où l'enfant est impliqué dans des travaux scolaires a été remplacée par des observations du comportement social envers les pairs, type d'observation plus approprié à des enfants d'âge préscolaire; 2) les règles pour décider quels enfants passaient de la troisième phase à la phase de référence pour une évaluation ont été remplacées par un aspect plus adapté : l'enfant engagé dans un jeu parallèle. Les auteurs affirment que cette adaptation convient pour faire le dépistage habituel et aussi pour faire du dépistage à plus grande échelle. Ils concluent toutefois avec plusieurs recommandations pour de futures études afin de bonifier encore davantage cette version adaptée du « SSBD ».

Shoemaker, Saylor et Erickson (1993) ont voulu connaître la validité et l'utilité du « Minnesota Child Development Inventory » (Ireton & Thwing, 1974). Pour ce faire, ils ont comparé cet instrument au « Bayley Mental Scale » (Bayley, 1969). Les analyses ont fait ressortir des corrélations significatives entre ces deux instruments. Les résultats annoncent un haut degré de spécificité, mais un plus faible degré de sensibilité. Shoemaker et al. (1993) concluent que le « MCDI » est valide et utile pour dépister les enfants hautement à risque de développer des difficultés développementales.

Raggio et al. (1994) ont comparé le « Vineland Adaptive Behavior Scales-Survey Form (VABS-SF) » (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984) et le « Bayley Mental Development Index » (Bayley, 1969). Les données ont été comparées pour en arriver à la conclusion suivante : les résultats des deux formes du « VABS-SF » (âge équivalent et cote standard) s'apparentent aux résultats obtenus au « Bayley », mais le quotient d'âge équivalent est plus adéquat pour prédire les retards de développement.

Le processus « PREDICTS » (Kochanek & Buka, 1995), décrit plus tôt dans les caractéristiques optimales, comprend plusieurs instruments (« Mullen Scales of Learning, Family Resource Scale », « Home Observation for Measurement of the Environment ») pour recueillir divers types d'informations, dont le « Developmental Profile II », qui dépiste les retards de développement des enfants.

Behl et Akers (1996) ont fait des recherches sur l'utilisation du « Batelle Developmental Inventory (BDI) » (Newborg, Stock, Wnek, Guidubaldi & Svinicki, 1984) afin de déceler sa capacité à prévoir le développement futur. Selon les résultats de cette étude, le BDI permet de prédire des retards qui sont identifiés plus tard avec le « Woodcock-Johnson Test of Achievement-Revised (WJR-ACH) » (Woodcock & Johnson, 1989). Cependant, cette capacité diminue lorsque l'instrument s'adresse à des enfants de moins de 18 mois, selon les auteurs, à cause des nombreuses fluctuations du développement à cet âge. Les chercheurs soulèvent toutefois certaines limites à leur étude : 1) le fait que les enfants aient reçu des services d'intervention précoce entre les passations des tests; 2) l'homogénéité de l'échantillon composé presque exclusivement d'enfants caucasiens et habitant avec leurs deux parents pour la plupart; 3) l'influence des variables démographiques n'a pas été l'objet d'un contrôle.

Macias et al. (1998) ont fait des recherches sur l'utilité du « Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) » et du « Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS) », deux instruments de dépistage à caractère neurodéveloppemental. Le « BINS » contient six séries de 11 à 13 items qui détectent les difficultés dans quatre domaines : les fonctions neurologiques de base, les fonctions réceptives, les fonctions expressives et les processus cognitifs. Il est conçu pour les enfants de trois à 24 mois. Le « CAT/CLAMS » cible les enfants de un à 36 mois et contient 100 items. En plus de détecter les retards de développement, il est aussi construit pour comparer les habiletés verbales et non verbales. Le « CAT » contient des

tâches portant sur les résolutions de problème faisant appel aux capacités visuelles et motrices, tandis que le « CLAMS » évalue le langage expressif et réceptif. Comme mesure de référence, les chercheurs ont utilisé le « Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II) » (Bayley, 1969), qui évalue le fonctionnement cognitif et langagier des enfants de un à 42 mois. Les enfants sélectionnés pour l'étude étaient évalués avec le « BINS », le « CAT/CLAMS » et le « BSID-II » lors de la même visite. Les résultats de l'étude indiquent que le « BINS » et les « CAT/CLAMS » ont une utilité certaine et sont significativement corrélés avec le « BSID-II ». Cependant, le « CAT/CLAMS » a une spécificité élevée, mais une sensibilité très faible. Par contre, le « BINS » a une sensibilité optimale lorsque la cote est modérée ou élevée et est donc plus apte à détecter les enfants qui ont un retard de développement. L'accord général (vrais positifs et faux positifs ensemble) est toutefois plus élevé pour le « CAT/CLAMS » que pour le « BINS ».

Description d'instruments de dépistage

Afin de mieux orienter la sélection d'un instrument de dépistage des difficultés développementales des jeunes enfants, différents instruments ont été analysés et sont présentés sous forme de tableaux descriptifs (voir Appendice A). Onze instruments de dépistage les plus connus ou utilisés ont été explorés du point de vue de diverses caractéristiques. Parmi celles-ci, l'on retrouve le nom de l'instrument, le ou les auteurs, et l'année de publication. D'autres propriétés des instruments sont également recueillies : l'âge ciblé, les domaines du développement évalués par l'outil, le nombre

d'items de l'instrument, le temps de passation ainsi que la façon de coter et de recueillir les observations. Finalement, les caractéristiques psychométriques, la formation nécessaire à l'utilisation, les adaptations possibles ainsi que les particularités propres à chaque instrument ont été étudiées. Certaines caractéristiques de ces instruments ne sont pas décrites, car l'information est inexistante ou parce que les auteurs des textes qui présentent ces instruments n'ont pas jugé pertinent de les aborder.

Révision des instruments présentés en regard des caractéristiques privilégiées pour un instrument de dépistage

Il importe, à cette étape, de mettre en relation les instruments présentés avec les caractéristiques optimales des outils de dépistage, afin de procéder de façon éclairée au choix du meilleur instrument de dépistage.

Les instruments mentionnés dans les études recensées ainsi que dans les tableaux n'ont pas été retenus, car ces outils ne correspondaient pas aux caractéristiques recherchées, ou encore, ils comprenaient des inconvénients incontournables, comme il le sera expliqué dans la partie suivante où chacun fait l'objet d'une analyse critique.

Dans la méthode de dépistage présentée par Lachance (1991), les trois instruments présentés, le « B.I.A » de Tableman et Katzenmeyer (1985), l'« inventaire de perception néonatale » de Broussard (1979) et le « Home Screening Questionnaire (HSQ) » de Frankenberg (1986), évaluent l'enfant jusqu'à seulement 12

mois. La période d'un an à cinq ans n'est pas couverte par ces instruments. De plus, ces instruments n'explorent pas tous les domaines du développement.

Le « Projet de dépistage et d'intervention précoce auprès des familles et enfants à risque de négligence (DIP) » de Labrecque et Gagnon (1992) propose une grille des principaux signes évocateurs de négligence, mais cet instrument ne dépiste que la négligence, donc il est inadéquat pour trouver les différentes possibilités de retards de développement.

L'instrument de dépistage utilisé dans le programme de dépistage et d'intervention précoce de la commission scolaire et du CLSC de la région Chaudières-Appalaches (Auger, 1994), la version pour les parents du « Questionnaire d'Évaluation du Comportement Préscolaire (QECF) » de Rutter (1968) (traduite et validée par Tremblay & Desmarais-Gervais en 1985), ne convient pas non plus sur plusieurs points. Cet outil ne couvre pas tous les domaines du développement, s'adresse seulement à des enfants de cinq ans et dépiste les difficultés qui mèneront à des retards, mais uniquement sur le plan scolaire.

Rioux (1994) propose un instrument, le « Profil du développement de l'enfant de dix-huit mois », créé dans le cadre d'un processus de dépistage des retards de développement de la municipalité de La Mitis dans la région du Bas-Saint-Laurent.

Cependant, cet outil n'est pas sélectionné, car il ne vise que les enfants d'environ 18 mois et il est impossible de trouver des données sur ses qualités psychométriques.

Robert (1995) propose une grille d'observation et présente un programme de prévention et de dépistage l' « Inventaire de la Perception du Nouveau-né » de Broussard et Hartner qui n'ont pas été retenus parce qu'ils ne couvrent pas complètement la période de la naissance à cinq ans.

Pour sa part, la grille d'observation du développement de l'enfant du CLSC Vallée de la Batisca (1999) se rapproche considérablement de ce qui est recherché comme instrument de dépistage. Elle n'a cependant pas été choisie, car bien qu'elle ait été construite avec des extraits d'instrument standardisés, il n'y a pas d'information sur les caractéristiques psychométriques de cette grille.

La méthode d'observation utilisée dans les CPE, le « Mode d'observation du développement de l'enfant » issue du programme « Jouer, c'est magique » (Gariépy, 1998b) n'est pas choisie, car elle sert à recueillir les observations et à suivre les progrès des enfants à long terme, sans toutefois permettre de dépister les enfants en difficulté.

Le « Battelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST) » est plutôt complet et une étude le comparant au « Woodcock-Johnson Test of Achievement-Revised » (Woodcock & Johnson, 1989) conclut que le « Battelle » prédit efficacement

les retards qui apparaîtront plus tard, mais il n'a pas été possible de trouver d'informations à propos de sa validité et de sa fidélité. Le « BDIST » n'a pas été choisi, ni le « WJR-ACH », surtout que ce dernier porte sur la réussite scolaire.

Quelques formes du processus de dépistage et d'évaluation développées par Bayley sont utilisées dans deux des études recensées dans cet ouvrage. Cependant, ces formes sont des instruments d'évaluation (« Bayley Mental Scale » et « Bayley Scales of Infant Development ») et ne sont donc pas retenues. Il existe un instrument de dépistage, le « Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) », décrit dans les tableaux et inclus dans l'étude de Macias et al. (1998) avec un autre instrument, le « Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (CAT/CLAMS) ». Ces instruments n'englobent pas toutes les sphères du développement : ils examinent seulement le développement neurodéveloppemental et ne couvrent pas toute la période préscolaire puisque ce sont les enfants de moins de deux ans qui sont visés par le « BINS » et ceux de moins de trois ans, par le « CAT/CLAMS ».

L'instrument « Birth to three : Assessment and Intervention System » n'est pas sélectionné parce que l'évaluation des habiletés arrête à 36 mois. De plus, peu d'informations sur les caractéristiques psychométriques sont disponibles, excepté une donnée sur la fidélité importante de l'outil.

Tout comme le « Bayley », l'instrument développé par Brigance existe sous différentes formes. Une de ces formes conçue pour le dépistage, le « Brigance Screens », n'a pas été retenue, car elle ne peut servir à dépister les enfants de plus de 21 mois et, bien que plusieurs études aient été entreprises afin d'établir la sensibilité et la spécificité de cet instrument, il n'a pas été possible de trouver des données sur sa validité et sa fidélité.

Le « Denver-II » est un instrument de dépistage qui couvre de façon complète l'âge préscolaire et les différents domaines du développement de l'enfant. Des informations sur l'outil démontrent des coefficients de fidélité élevés. Toutefois, il a été publié sans études sur la validité, la sensibilité et la spécificité, établies d'emblée par la standardisation selon les auteurs. L'étude de Carran et Scott (1992) sur le « Denver » conclut que ces instruments sont efficaces, sans toutefois donner d'informations supplémentaires au niveau des caractéristiques psychométriques. D'autres instruments ont été analysés dans cette étude, comme le « Student Rating Scale (SRS) » (Feshbach & al. 1974), le « deHirsch Predictive Index of Reading Failure » (Feshbach & al., 1974), le « Modified deHirsch Predictive Index (MPI) » (Eaves & al., 1974), le « Satz Battery » (Satz & Friel, 1974), et le « Holbrock Screening Battery » (Badain, 1988), mais on n'a pas opté pour eux, soit parce qu'ils datent de plus de 25 ans, soit parce qu'ils sont exclusivement centrés sur le dépistage de problème scolaires.

Une étude de Hall et Barnett (1991) démontre un taux d'accord très peu élevé quant à la classification de l'état de risque d'un enfant entre deux instruments de dépistage : le « Developmental Indicators for the Assessment of Learning-Revised (DIAL-R) » (Marldell-Czudnowski & Goldenberg, 1983) et le « Screening Children for Related Early Educational Needs (SCREEN) » (Hresko & al., 1988). Le « DIAL-R » n'a pas été sélectionné, car il ne s'adresse pas aux enfants de moins de deux ans, de même que le « SCREEN » a été mis de côté parce que les domaines ciblés sont exclusivement basés sur des habiletés scolaires.

Le « Developmental Profile II (DP-II) », que l'on retrouve dans le processus « PREDICTS » (Kochanek et Buka, 1995), contient la plupart des caractéristiques recherchées, mais n'a tout de même pas été le favori, car l'instrument retenu pour l'expérimentation a certains avantages en plus. Ces atouts sont, entre autres, au niveau de la dernière révision qui est plus récente pour l'outil choisi et dans la manière d'impliquer les parents dans le processus de dépistage qui est plus favorisée par l'instrument préféré comparativement au « DP-II ».

Peu d'informations ont pu être recueillies sur le « Early Screening Profile », à l'exception d'une étude qui démontre que cet instrument a une faible sensibilité. Étant donné le peu de renseignements disponibles sur les caractéristiques psychométriques de cet instrument et parce qu'il ne contient rien pour les enfants de moins de deux ans, il a été mis de côté.

Shoemaker et al. (1993) ont fait une étude concernant le « Minnesota Child Development Inventories (MCIDI) » qui conclut que le « MCIDI » est valide et utile pour dépister les enfants hautement à risque de développer des difficultés développementales. Cependant, étant donné qu'il date de plus de 25 ans et que d'autres instruments plus récents sont disponibles, il a été mis à l'écart, ce qui est également le cas pour le « Rockfort Infant Developmental Evaluation Scales (RIDES) ». D'ailleurs, le « RIDES » n'englobe pas la période d'âge ciblée, car il arrête à quatre ans.

Une étude décrit l'adaptation du « Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD) » (Walker & Severson, 1990) par Sinclair et al. (1993). Cette nouvelle version n'a pas été retenue, car elle vise le seul dépistage des problèmes d'apprentissage scolaires.

Finalement, Raggio et al. (1994) présentent le « Vineland Adaptive Behavior Scales-Survey Form (VABS-SF) » (Sparrow & al., 1984) dans une étude qu'ils ont effectuée. Cet instrument n'a pas convenu, car peu d'informations sur l'instrument sont rapportées dans l'étude et parce qu'il date de plus de 15 ans, d'autres instruments plus récents étant disponibles.

CHOIX ET DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT À L'ÉTUDE : L'ASQ

L'instrument sélectionné est le « Ages and Stages Questionnaires (ASQ) : A Parent-Completed, Child-Monitoring System » (Bricker, Squires, Mounts, Potter, Nickel, Twombly, & Farrell, 1999). En plus d'être plus récent que plusieurs des instruments de dépistage ou d'évaluation connus, il a été traduit en français « ASQ : Questionnaire sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents » (Bonin, Robaey, Vandaele, Bastin, & Lacroix, 2000) et il possède la plupart des caractéristiques optimales expliquées précédemment.

Malgré le peu de temps requis pour son utilisation, cet instrument couvre de façon complète le développement des jeunes enfants. De plus, il contient une évaluation globale de la santé physique de l'enfant. Le fait que l'ASQ ne contienne pas de section pour recueillir des informations sur la famille et sur les facteurs de risque et de protection n'apparaît pas comme un facteur dissuasif pour les éducatrices. Dans l'étude sur les besoins des éducatrices (Harguindeguy-Lincourt, 2001), un instrument rapide était préféré au fait d'avoir des informations plus larges que celles directement reliés aux comportements actuels de l'enfant dans le milieu de garde.

Les concepteurs de cet instrument ont fait plusieurs études sur ses caractéristiques psychométriques et ont eu le souci constant de bonifier l'instrument suites à ces recherches.

L'ASQ est conçu pour procéder à un dépistage périodique selon les différents intervalles des questionnaires. Les 11 premiers questionnaires de l'ASQ sont espacés de deux mois (4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 mois). Ensuite, l'intervalle entre les questionnaires est de trois mois (27, 30, 33, 36 mois) en enfin, de six mois (42, 48, 54 et 60 mois). De cette façon, l'ASQ permet de prendre des mesures répétées.

Même si les questionnaires de l'ASQ ont été conçus pour être complétés par les parents, cet instrument peut aisément être utilisé avec différentes sources d'informations. Par exemple, dans les situations délicates où l'on soupçonne une difficulté chez un enfant, un même questionnaire peut être rempli par le parent et l'éducatrice du CPE afin d'établir un pont entre les éducatrices et les parents. Aussi, divers spécialistes peuvent-ils remplir les différentes parties (infirmière pour l'évaluation de santé globale, orthophoniste pour la communication, psychoéducateur pour les aptitudes personnelles ou sociales, etc.).

Concernant la formation, le guide de l'utilisateur de l'ASQ contient toute l'information nécessaire à son utilisation. Il suffit de s'approprier cette explication pour pouvoir l'utiliser ensuite.

Aussi, l'ASQ, bref et peu coûteux, contient un système objectif de cotes, des éléments faciles à repérer et des consignes claires et simples. L'ASQ ne comporte pas de description de la façon d'expliquer les résultats aux familles, ni d'informations qui

dirigent les utilisateurs afin de faire des références appropriées, mais il se prête bien à le faire, car il cherche à impliquer les parents dans le processus et il révèle la ou les sphères du développement qui sont en difficulté, point de départ des références.

Enfin, l'ASQ porte une attention certaine à la sensibilité aux différences culturelles. En effet, il est facile de constater un effort d'ouverture à d'autres cultures, car la version originale anglophone a été traduite en espagnol et en français.

Squires et al. (1999) font une description exhaustive de l'ASQ et fournissent les informations suivantes sur cet instrument.

Origine de l'ASQ

À l'origine, l'ASQ a été développé par un groupe de chercheurs en petite enfance impliqués dans le « Early Intervention Program » du « Center on Human Development » de l'Université de l'Oregon. Le but de ces chercheurs était d'établir un système qui identifie, d'une façon économique et efficace, les enfants âgés de quatre à 60 mois ayant besoin d'intervention. Pour ce faire, ils ont créé un instrument qui dépiste les jeunes enfants qui présentent des particularités dans leur développement.

Les recherches dans le but de développer l'ASQ ont débuté au cours des années 1980 : l'instrument se nommait alors le « Infant/Child Monitoring Questionnaires » et ne couvrait que la période de quatre à 24 mois à l'aide de six questionnaires. Les items

avaient été sélectionnés à partir de tests standardisés, de tests non standardisés et de textes de références sur le développement et l'intervention précoce. Les items choisis correspondaient à deux critères des auteurs, soit une habileté qui peut être observée ou évaluée par les parents ; soit une habileté qui va apparaître de façon naturelle dans l'environnement quotidien, à la maison. Ensuite, les chercheurs ont défini ces items dans un langage accessible à un parent qui se situerait au niveau de la quatrième à la sixième année du primaire. Au texte écrit, ils ont ajouté des illustrations et des exemples concrets lorsque possible afin de clarifier les items. Pour s'assurer du niveau de lecture, ils ont utilisé différents tests de lecture tels que le « Dale-Chall », le « Rayglor », le « Fry Indexes », compris dans le « Minnesota Interactive Readability Approximation Program » (MECCA, n.d.).

En lien avec l'instrument, les auteurs présentent le concept de quotient de développement. Cette mesure est obtenue en divisant l'âge équivalent par l'intervalle du test de l'item et en multipliant par cent. L'âge équivalent provient de la source de l'item, par exemple, tiré du « Gesell » (Knobloch, Stevens & Malone, 1980) ou du « Bayley Scales of Infant Development » (Bayley, 1969). Par conséquent, les items sélectionnés ont aussi été choisis de façon à s'approcher d'un quotient de développement situé entre 75 et 100 et ce, pour deux raisons. Premièrement, un quotient de développement de 75 correspond à la fin de la zone pour laquelle plusieurs autres tests considèrent que l'enfant présente une possible anomalie dans son développement. Deuxièmement, de limiter cette zone de 75 à 100 permet de maintenir la brièveté des questionnaires.

Au début des années 90, les auteurs font une première révision, basée sur une étude préalable (Bricker & Squires, 1989a, 1989b) qui amène cinq types de changements : certains items ont subi une modification mineure pour en clarifier le sens ; certains autres qui posaient problème ont été éliminés et remplacés ; les items concernant un quotient de développement de 125 à 150 ont été enlevés ; dans certains domaines, l'ordre des items a été changé dans le but de mieux respecter leur ordre habituel d'apparition dans le développement ; enfin, des questionnaires ont été ajoutés : 6, 18 et 48 mois. En 1994, une seconde révision est complétée. Les changements apportés aux items sont mineurs, mais le format des questionnaires a changé ainsi que le nom de l'instrument : le « Infant/Child Monitoring Questionnaires » devient le « Ages and Stages Questionnaires ». Finalement, de 1997 à 1998, une dernière modification s'impose : l'ajout de plusieurs questionnaires (10, 14, 22, 27, 33, 42, 54 et 60 mois).

But et objectifs de l'ASQ

Cet outil vise à départager les enfants ayant besoin d'évaluation des enfants dont le développement est typique. Les instruments de dépistage comme l'ASQ sont brefs, et de cette caractéristique découle la possibilité d'erreurs (par exemple, un enfant qui est référé même s'il n'a pas de retard, ou encore, un enfant qui a du retard, mais qui n'est pas référé). Dans cette optique, l'ASQ ne se donne pas comme mission d'identifier les enfants qui ont un retard, mais plutôt de suggérer quels enfants bénéficieraient d'une évaluation plus poussée et lesquels ont un développement typique.

L'ASQ a déjà été utilisé dans le cadre de programmes de visite à domicile, de projets de dépistage, de projets avec de jeunes parents (adolescents) et dans plusieurs milieux médicaux. Il peut l'être aussi dans des contextes de projets gouvernementaux, pour faire le suivi de nouveaux-nés, dans des programmes d'intervention précoce, dans le cadre de programmes de santé et de soins primaires ainsi que dans des programmes préscolaires (Squires, 1996). Dans le cadre d'un travail avec les familles, les questionnaires peuvent être envoyés aux parents pour être complétés à la maison de différentes façons : avec un intervenant pendant une visite à domicile, par entrevue téléphonique, avant un rendez-vous chez le médecin pour un examen de routine, etc.

Structure et composantes de l'ASQ

L'ASQ comprend 19 questionnaires : 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 et 60 mois. Chaque questionnaire (voir le questionnaire de 24 mois à l'Appendice B) comprend cinq domaines du développement de l'enfant : la motricité globale, la motricité fine, la communication, la résolution de problèmes et les aptitudes personnelles ou sociales. Cet outil comporte six questions par domaine, donc un total de 30 questions pour chacun des questionnaires. Tel que mentionné plus haut, les énoncés sont écrits de façon à ce qu'ils soient faciles à comprendre, certains sont illustrés ou encore complétés avec des exemples. Pour faciliter son utilisation, la page couverture est de couleur différente selon l'âge visé par le questionnaire. Après les 30 questions dans les différents domaines suit une partie d'évaluation globale qui comprend

huit questions touchant plutôt des aspects de santé physique (ex. : audition, vision, etc.). La dernière page de chaque questionnaire est celle de la compilation des résultats, qui sera expliquée plus tard, lorsque la cotation sera abordée. En plus de l'ensemble des questionnaires, il existe aussi un guide de l'utilisateur de l'ASQ : « The ASQ User Guide » (Squires & al., 1999). Ce guide contient des renseignements sur l'instrument (son élaboration, ses révisions) et la façon de l'utiliser, mais il n'est disponible qu'en anglais. Il existe aussi une cassette vidéo « The Ages and Stages Questionnaire on a Home Visit », également en anglais, qui explique comment utiliser l'ASQ dans le milieu familial.

Propriétés psychométriques de l'ASQ

Échantillon démographique

Après la construction de l'instrument, les auteurs ont voulu établir ses propriétés psychométriques. Pour ce faire, ils ont pris un échantillon de 2008 enfants, dont 1068 garçons (53 %) et 940 filles (47 %). Ce n'est pas l'ensemble de l'échantillon qui a participé à toutes les études, mais plutôt des sous-échantillons en fonction des diverses caractéristiques à établir (fidélité, validité, comparaison entre groupe à risque et sans risque). Trois cent vingt familles additionnelles ont participé aux études des questionnaires de 48 et 60 mois ajoutés par la suite. Ces données provenaient principalement des questionnaires complétés par les parents d'enfants de quatre à 36 mois qui participaient au « Infant/Child Monitoring Project » de l'Oregon, mais certaines données provenaient aussi d'autres programmes tels « Easter Seals' Watch-Me-Grow Program de Youngstown » en Ohio et de University of Hawaii Department of

Pediatrics de Hawaii. Le premier échantillon de recherche, entre 1980 et 1988, était un groupe à risque médical inclus dans les études du Center on Human Development. En 1988, deux groupes additionnels ont été étudiés : des enfants à risque environnemental et des enfants sans risque. Les chercheurs avaient défini ces groupes de la façon suivante : d'une part, l'échantillon à risque médical regroupait des enfants qui sont restés au moins trois jours dans un niveau IV d'unité intensive de néonatalité (NICU) et qui avaient eu besoin de soins médicaux pour un problème spécifique (détresse respiratoire, bébé prématuré, petit poids) ; d'autre part, l'échantillon à risque environnemental réunissait des enfants provenant d'une famille qui présentait un critère ou plus parmi les suivants : pauvreté extrême, mère âgée de 19 ans ou moins à la naissance de l'enfant, éducation de la mère moindre que la douzième année et/ou parents impliqués dans les services de protection à cause d'abus ou de négligence envers leur enfant. Les enfants à risque médical étaient exclus de cet échantillon. Finalement, l'échantillon normatif était constitué d'enfants qui rencontraient les critères suivants : absence de problèmes médicaux ou de développement, naissance à terme (plus de 37 semaines), et aucune visite à l'unité intensive de néonatalité (NICU). Dans ces groupes d'enfants et de parents, les chercheurs ont contrôlé les variables suivantes : ethnie, revenu familial, emploi de la mère, emploi du père, niveau d'éducation de la mère, niveau d'éducation du père (Squires & al., 1999).

La fidélité

La fidélité de cet instrument est établie en testant la consistance interne, la fidélité test-retest et la fidélité inter-observateurs.

La consistance interne est établie en examinant la relation établie entre les cotes des domaines de développement et les cotes totales. Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés en corrélant la cote des domaines avec la cote totale pour chaque questionnaire pris individuellement, ce qui donne les résultats suivants : 0,70 à 0,81 (4 mois), 0,72 à 0,79 (8 mois), 0,70 à 0,83 (12 mois), 0,54 à 0,76 (16 mois), 0,66 à 0,77 (20 mois), 0,63 à 0,76 (24 mois), 0,69 à 0,83 (30 mois), 0,73 à 0,83 (36 mois), 0,66 à 0,82 (48 mois) et 0,44 à 0,58 (60 mois). Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,0001$. Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés en corrélant la cote des domaines avec la cote totale pour tous les questionnaires : 0,46 à 0,77 pour la communication, 0,49 à 0,77 pour la motricité globale, 0,46 à 0,78 pour la motricité fine, 0,51 à 0,83 pour la résolution de problèmes et 0,39 à 0,73 pour les aptitudes personnelles ou sociales. Toutes les corrélations sont significatives à $p < 0,0001$.

La consistance interne a aussi été révélée par des alphas de Cronbach calculés pour chaque domaine: 0,63 à 0,75 pour la communication, 0,53 à 0,87 pour la motricité globale, 0,49 à 0,79 pour la motricité fine, 0,52 à 0,75 pour la résolution de problèmes et 0,52 à 0,68 pour les aptitudes individuelles ou sociales. Les auteurs expliquent l'étendue des alphas par différents facteurs : d'une part, les quotients de développement variables

des items qui composent chaque domaine sont trop dissemblables pour donner un alpha élevé ; d'autre part, la variance de l'erreur dans une mesure est accrue lorsque qu'une mesure statistique utilise des items individuels plutôt que la totalité d'un ensemble pour le calcul. En bref, la consistance interne indique de fortes relations entre les différents items et à l'intérieur des domaines.

La fidélité test-retest est déterminée en comparant les résultats de deux mêmes questionnaires complétés par les parents au cours d'une période de deux semaines. Les deux questionnaires complétés par les parents ont été comparés pour déterminer le niveau d'accord. La fidélité test-retest, mesurée comme un pourcentage d'accord relatif aux questionnaires complétés par 175 parents à deux semaines d'intervalle, était de 94 %. L'erreur standard de mesure était de 0,10. Il est possible d'affirmer que la fidélité test-retest est substantielle.

La fidélité inter-observateurs est établie en comparant la classification des enfants basée sur les questionnaires complétés par les évaluateurs immédiatement après l'évaluation standardisée, tel que décrite précédemment. Ce type de fidélité, aussi mesurée comme un pourcentage d'accord entre les questionnaires complétés par 112 parents et ceux complétés par deux évaluateurs formés, était de 94 %. L'erreur standard de mesure était de 0,12. Au total, 74 protocoles ont été éliminés de cette analyse parce qu'au moins un des domaines du questionnaire contenait deux items incomplets ou plus. Ceci s'est produit parce que les évaluateurs professionnels ont peu d'occasions

d'observer l'enfant dans certaines activités. Il n'y a pas de raison de croire que l'élimination de ces enfants du groupe analysé ait pu causer un biais. Comme pour la fidélité test-retest, il est possible de dire que la fidélité inter-observateurs est substantielle. En faisant un survol des informations sur la fidélité, il est possible d'affirmer que les évaluations des parents faites au moyen des questionnaires ont été consistantes tout au long de l'étude et que l'accord entre les évaluateurs professionnels et les évaluations des parents utilisant les questionnaires a lui aussi été hautement consistant.

La validité

Les informations sur la validité touchent quatre points : la détermination des points de coupure, la validité concomitante, la validité avec des enfants ayant des incapacités et la validité générale.

Le point de coupure réfère à la cote dans le questionnaire sous laquelle on identifie l'enfant comme ayant besoin d'une évaluation plus poussée. Les auteurs se sont demandé quel point de coupure spécifique (un, un et demi ou deux écarts types sous la moyenne) devrait être utilisé afin de maximiser les probabilités conditionnelles des proportions de vrais positifs (enfants dépistés qui ont effectivement un retard) et de faux négatifs (enfants détectés comme ayant un développement normal et qui n'ont pas de retard). Afin de déterminer l'échantillon pour calculer le point de coupure pour les références, ils ont décidé d'inclure les groupes à risque et les groupes sans risque, car

cela devenait plus représentatif et donnerait donc un point de coupure plus précis. Ils ont utilisé une méthode basée sur une théorie statistique de décision qui a été développée dans le contexte de la détection d'un signal électronique, la méthode « Relative Operating Characteristic (ROC) », mise au point par Peterson, Birdsall et Fox en 1954.

La validité concomitante a été mesurée en comparant, d'un côté, les classifications des performances des enfants basées sur les questionnaires complétés par les parents et, de l'autre, les performances des enfants basées sur des évaluations standardisées administrées par des professionnels à l'intérieur de 29 jours. Pour les enfants jusqu'à 30 mois, l'évaluation standardisée utilisée est le « Revised Gesell and Armatruda Developmental and Neurological Examination » et le « Bayley Scales of Infant Development ». Pour les enfants de trois à quatre ans, les examinateurs ont pris le « Stanford-Binet Intelligence Scale » et le « McCarthy Scales of Children's Abilities ». Finalement, pour les enfants de cinq ans : le « Battelle Developmental Inventory (BDI) » a été utilisé.

Les informations sur la validité générale mentionnent que la validité de congruence, telle que rapportée par le pourcentage d'accord entre les questionnaires et les évaluations standardisées, s'étend de 76 % (4 mois) à 91 % (36 mois) avec un accord global de 84 %.

Pour les enfants ayant des incapacités, la validité a été établie avec des enfants de quatre à 36 mois qui recevaient des services d'un programme d'intervention précoce pour enfants ayant des incapacités de légères à sévères. Ces enfants ont subi une évaluation multidisciplinaire et des évaluateurs professionnels ont confirmé qu'ils rencontraient les critères d'éligibilité de l'État pour recevoir des services d'intervention précoce. Des 46 parents qui remplissaient le questionnaire, 96 % ont identifié leur enfant comme ayant besoin d'une évaluation plus poussée (c'est-à-dire qu'ils ont obtenu une cote sous le point de coupure établi).

La sensibilité, c'est-à-dire la capacité de l'ASQ à détecter les enfants ayant besoin d'une évaluation plus poussée, est de 51 % (4 mois) à 90 % (36 mois), avec un accord global de 72 %. Quant à la spécificité, la capacité de l'ASQ à correctement identifier les enfants qui se développent de façon typique, elle est de 81 % (16 mois) à 92 % (36 mois) avec un accord global de 86 %. Dans une analyse séparée, la capacité des questionnaires à identifier les enfants avec des retards de développement diagnostiqués était de 96 %, ce qui est donc élevé.

Comparaisons entre groupes à risque et sans risque

Même s'il a été déterminé que la combinaison des groupes à risque et non à risque donnait le meilleur échantillon pour trouver le point de coupure pour les références, une analyse des différences entre ces groupes donne une information intéressante au sujet des performances des groupes. Lorsqu'ils se sont penchés sur

l'analyse des items, les auteurs ont émis l'hypothèse suivante : la performance du groupe non à risque allait excéder celle du groupe à risque. Pour vérifier cette idée, les items des domaines des questionnaires remplis par les parents ont été comparés et une moyenne des cotes a été calculée. Deux cent quarante items ont été examinés provenant de 6 377 enfants à risque et de 1682 enfants sans risque. Un modèle mixte multivarié d'analyse de variance (MANOVA) 2 X 6 (groupe X questionnaire) a été réalisé. Ces analyses suggéraient que la différence entre les groupes était minimale et non constante à travers les intervalles de questionnaires ou à travers les domaines. Sur ces résultats s'est fondée la décision de combiner les groupes à risque et non à risque pour déterminer le point de coupure, aussi bien que pour déterminer la fidélité et la validité des questionnaires. L'analyse des différences entre les groupes a produit d'intéressantes comparaisons : tel que prédit, le groupe non à risque a eu davantage d'items en haut de la moyenne que le groupe à risque. Les résultats de l'analyse MANOVA mentionne toutefois qu'il n'y a pas de différences significatives entre les groupes.

Traduction francophone de la version originale

La version originale anglophone a été traduite en français par un groupe de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine (Bonin & al., 2000). Ce groupe était composé de chercheurs spécialisés en petite enfance, de spécialistes en traduction et de linguistes. L'ASQ avait aussi, préalablement à la traduction en français, été traduit en espagnol.

Utilisation de l'ASQ

Cet instrument ne demande pas de recevoir une formation spécifique avant d'en faire l'utilisation. D'où l'importance du guide de l'utilisateur qui décrit la façon d'utiliser cet instrument. Il a été conçu pour être rempli par des parents provenant de tous les milieux socio-économiques (Squires & al., 1999). Des études ont été réalisées afin de s'assurer de la fiabilité des informations recueillies par les parents et les résultats ont été concluants (Squires & al., 1998). L'ASQ implique les parents à titre de « dépisteurs » et, en les considérant comme des partenaires, peut améliorer leurs connaissances sur le niveau de développement de leur enfant. N'importe quelle autre personne qui passe du temps avec l'enfant sur une base régulière (grands-parents, famille accueil, oncles, tantes, éducatrice, gardienne, etc.) peut remplir les questionnaires. Le temps requis pour compléter un questionnaire se situe entre 10 et 20 minutes dépendant de la connaissance que l'évaluateur a de l'enfant. Les habiletés de l'enfant sont observées et cotées avec les valeurs numériques suivantes : 10 (oui) si l'enfant produit l'habileté décrite dans l'item, 5 (parfois) si l'enfant est parfois capable de produire l'habileté évaluée et 0 (pas encore) si l'enfant n'a pas encore l'habileté ciblée. Ces cotes sont ensuite reportées dans une grille de compilation que l'on trouve à la dernière page du questionnaire (voir Appendice B). Pour chacun des domaines, il suffit d'additionner toutes les cotes afin d'en faire le total et de noircir la case qui correspond à ce nombre. Cette grille de compilation, très visuelle, donne rapidement une idée globale de l'état de l'enfant grâce à la façon dont elle est faite : dans la zone

blanche, le développement est typique et dans la zone noire, l'enfant peut avoir besoin d'une évaluation plus poussée dans cette sphère de développement.

Limites de l'ASQ

L'ASQ comporte aussi certaines limites qui peuvent, selon le contexte d'utilisation, constituer des obstacles à l'emploi de cet instrument. Premièrement, il est possible de devoir évaluer un enfant dont l'âge n'est pas directement ciblé par les intervalles des questionnaires. Par exemple, il n'y a pas de questionnaire avant quatre mois et les derniers intervalles des questionnaires sont plus espacés que les premiers (au début, il y a deux mois entre chaque intervalle, ensuite, trois et finalement six mois entre les questionnaires pour les enfants plus âgés).

Deuxièmement, l'utilisation de l'ASQ pour faire un dépistage à grande échelle, comme cela se pratique dans certains programmes d'intervention précoce aux États-Unis peut constituer une limite. Une organisation particulièrement structurée est alors nécessaire pour s'assurer que les parents reçoivent, remplissent et retournent les questionnaires comme il se doit, ce qui s'avère un processus exigeant et coûteux.

Troisièmement, il importe de savoir que l'ASQ ne peut être utilisé avec toutes les familles. Des parents atteints de problèmes de santé mentale, d'incapacités intellectuelles, des familles désorganisées ou en crise ainsi que des parents non

volontaires ou non motivés ne peuvent répondre adéquatement aux questionnaires. Il est alors recommandé d'utiliser une approche alternative.

Objectif et hypothèse

L'expérimentation de cette étude a pour objectif de vérifier, auprès d'un groupe d'enfants québécois, la fidélité de certains questionnaires (24, 27 et 30 mois) de la version francophone traduite de l'ASQ. Également, ce projet comporte un volet exploratoire qui vise à sonder la satisfaction des éducatrices quant à l'utilisation de l'ASQ. L'hypothèse envisagée est que la traduction de l'instrument conserve ses propriétés psychométriques en matière de fidélité.

Méthode

La présente expérimentation vise à vérifier la fidélité de la version francophone de trois questionnaires de l'ASQ (24, 27 et 30 mois), un instrument de dépistage des retards de développement des enfants d'âge préscolaire. Le degré de satisfaction des éducatrices qui ont utilisé l'ASQ sera présenté aussi. Cette démarche s'inscrit dans une étude plus large relative au processus de validation, auprès d'enfants québécois, de la traduction francophone de cet instrument. Il est envisagé que la fidélité de la traduction francophone soit suffisante et semblable à celle de la version originale.

PARTICIPANTS

Bien que ce soit des parents qui aient participé à l'étude de validation de la version originale, des intervenantes des CPE des régions Mauricie/Centre-du-Québec ont été sollicitées pour participer à la présente étude. Ce choix est déterminé par deux réalités : 1) le fait que les caractéristiques de l'instrument permettent de l'employer avec ce type d'utilisateurs et 2) une étude préalable qui met en évidence les besoins de ces éducatrices en matière de dépistage (Harguindeguy-Lincourt, 2001).

Un total de 24 éducatrices en CPE et une psychoéducatrice (travaillant au soutien des éducatrices en CPE), réparties inégalement dans 10 CPE, ont répondu aux

questionnaires. Dans deux cas, les éducatrices ont complété le questionnaire avec la collaboration de la mère de l'enfant. Parallèlement à l'étude de la fidélité de ces questionnaires de l'ASQ, un survol de la satisfaction des éducatrices, quant à l'utilisation de ces questionnaires, a été fait. Le but de ce sondage est de vérifier si l'ASQ répond aux besoins soulevés par les éducatrices quant à l'utilisation d'un instrument de dépistage (Harguindéguy-Lincourt, 2001). De ces 25 intervenantes, 15 ont rempli le sondage sur leur satisfaction quant à l'utilisation de l'ASQ.

Afin de répondre aux questionnaires, les éducatrices ont sélectionné des enfants dans leur groupe ou provenant d'un groupe voisin du même CPE. Il s'agit donc d'enfants âgés de 24, 27 et 30 mois (plus ou moins deux semaines) et connus des intervenantes. Au total, 67 enfants différents ont été observés. Un grand nombre d'entre eux (41/67) proviennent de deux CPE, tandis que les autres sont inégalement répartis entre les huit autres centres. Les enfants ont été choisis aléatoirement, selon les disponibilités des intervenantes qui ont administré les questionnaires.

Certains enfants ont fait l'objet de plus d'une évaluation de la part de l'éducatrice. Huit enfants ont été observés et cotés à 24, 27 et 30 mois, tandis que 11 enfants ont fait l'objet de deux mesures : trois à 24 et 27 mois ; huit à 27 et 30 mois. Dans le cas où les enfants ont fait l'objet d'une seule prise de données, l'on retrouve 19 enfants à 24 mois, 11 à 27 mois et 18 à 30 mois. Au total, 94 questionnaires ont été complétés : 30 pour les 24 mois, 30 pour les 27 mois et 34 pour les 30 mois.

Parmi les 67 enfants, trois d'entre eux présentaient déjà des difficultés diagnostiquées ou des particularités identifiées, soit la paralysie cérébrale, l'albinisme et un retard du langage.

INSTRUMENTS DE MESURE

Rappelons que le choix de l'ASQ est issu d'une étude antérieure sur les besoins des éducatrices en matière de dépistage (Harguindéguy-Lincourt, 2001) et d'une recension d'instruments de dépistage présentée auparavant. Sur l'ensemble des 19 questionnaires de l'ASQ, trois d'entre eux ont été retenus. Pour déterminer le choix de ces questionnaires qui touchent des niveaux d'âge particuliers, un examen des statistiques de fréquentation des CPE (issues du Regroupement des centres de la petite enfance de ces régions) a été fait. Les questionnaires reliés aux groupes d'âge où le nombre d'enfants est le plus élevé ont été retenus : 24, 27 et 30 mois.

Mentionnons de nouveau que chaque questionnaire contient cinq domaines : communication, motricité globale, motricité fine, résolution de problèmes, aptitudes individuelles et sociales. Six questions sont posées par domaine pour un total de 30 questions. Les éducatrices observent les comportements de l'enfant et cotent les items à l'aide des réponses et des valeurs suivantes : « oui » (10 points) ; « parfois » (5 points) ; « pas encore » (0 point). Par la suite, les éducatrices additionnent la cote totale pour chacun des domaines et reportent cette valeur sur un graphique qui situe tout de suite

l'enfant par rapport à son développement. Un point de coupure sépare deux sections : la zone blanche si le développement suit le cours habituel, et la zone noire si l'enfant a besoin d'une évaluation plus spécialisée ou d'une surveillance plus soutenue. D'après la cote, il est possible de voir dans quelle zone l'enfant se situe pour chacun des domaines.

Dans la base de données, les totaux des questionnaires seront transformés avec SPSS en « retard » ou « non retard », selon qu'ils sont au-dessus ou au-dessous du point de coupure établi lors de l'élaboration de l'instrument original. Ensuite, ces informations seront comparées aux informations données par les éducatrices sur les enfants ayant déjà une difficulté identifiée.

La consistance interne de la version originale de l'ASQ a été établie lors de la création de l'instrument pour les questionnaires de 24 et 30 mois. Les valeurs des alphas de Cronbach pour le questionnaire de 24 mois varient de 0,57 à 0,80. Pour le questionnaire de 30 mois, on retrouve des coefficients entre 0,56 et 0,78. Des coefficients de corrélation de Pearson ont aussi été calculés pour le questionnaire de 24 mois (0,63 à 0,76) ainsi que pour le questionnaire de 30 mois (0,69 à 0,83). Tel que mentionné dans le contexte théorique, le questionnaire de 27 mois a été ajouté lors de la dernière révision de l'instrument : il ne faisait donc pas partie des questionnaires testés lors de l'établissement des qualités psychométriques de l'instrument au moment de sa création.

Le sondage sur la satisfaction des éducatrices (voir Appendice C) quant à l'instrument de dépistage sélectionné est composé de 11 questions touchant divers thèmes (ex. : le temps de passation, la compréhension des consignes, etc.), en lien avec l'étude sur les besoins des éducatrices concernant le dépistage des retards de développement (Harguindéguy-Lincourt, 2001). À chaque question, les éducatrices pouvaient témoigner de leur satisfaction en répondant par 1 (oui), 2 (moyennement) ou 3 (non). Bien qu'il n'y eût pas d'espace prévu à cette fin, certaines intervenantes ont ajouté leurs commentaires.

DÉROULEMENT

Afin de recruter les participantes, deux présentations du projet ont été réalisées. La première a eu lieu le 14 mars 2000, alors que l'étude envisagée était présentée à la Table des éducatrices des CPE des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Par la suite, les éducatrices souhaitant s'inscrire au projet se sont manifestées. Chaque intervenante intéressée a été rencontrée individuellement afin de se voir expliquer le projet. L'éducatrice, la conseillère pédagogique ou la direction ont été rencontrées, selon les CPE. Dans le cas où la rencontre se faisait avec la conseillère pédagogique ou la direction du CPE, l'information était ensuite transmise par cette personne à l'éducatrice participante. Un document était alors remis avec l'explication du projet et du rôle de l'éducatrice dans celui-ci (voir Appendice D). Ce document fait également mention d'un autre projet de recherche qui était présenté en même temps, car il s'adressait également

aux éducatrices en CPE, mais pour des enfants d'un groupe d'âge plus large (six mois à trois ans). Lors de la rencontre d'explication du projet, une consigne supplémentaire a été donnée aux éducatrices: inscrire, sur la première page du questionnaire, si l'enfant observé a déjà un retard diagnostiqué ainsi que la nature du retard. Cependant, étant donné que ce n'était pas une des questions du questionnaire, il est possible que certaines données à ce sujet soient manquantes. Il sera par la suite possible de voir quels sont les retards identifiés par l'ASQ pour les enfants ayant une difficulté connue.

Trois de ces rencontres ont été réalisées en novembre 2000. Par la suite, une nouvelle présentation de l'étude déjà entamée a eu lieu à la Table des déléguées des CPE en décembre de cette même année. Comme d'autres éducatrices ont ensuite manifesté leur intérêt, de nouvelles rencontres avec les intervenantes se sont déroulées entre décembre 2000 et avril 2001.

Lors des rencontres dans chacun des CPE participants, les intervenantes de chaque centre ont reçu les informations nécessaires pour le projet. L'expérimentation leur a été décrite et l'instrument leur a été présenté. La façon d'observer les habiletés et de coter les items leur a été expliquée. Le moment de passation, à plus ou moins deux semaines de la date où l'enfant a 24, 27 ou 30 mois, leur a été précisé. Les intervenantes ont aussi été informées sur la façon de compiler les cotes. C'est à la fin de cette rencontre que les personnes présentes estimaient le nombre d'enfants pouvant potentiellement être observés en regard des items de l'ASQ.

Les participantes ont consulté les parents des enfants ciblés afin de leur expliquer le projet et de demander leur autorisation. Les parents qui ont accepté ont signé une feuille de consentement (voir Appendice E) signalant leur accord à l'évaluation de leur enfant. Une fois les enfants participants identifiés, les éducatrices ont élaboré un échéancier de passation des différents questionnaires d'après l'âge des enfants.

Tout au long de l'utilisation des questionnaires, une personne ressource était disponible à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour répondre aux questions ou donner des renseignements supplémentaires lorsque nécessaire. La collecte de données s'est échelonnée sur 12 mois, soit de décembre 2000 à décembre 2001. Une fois les questionnaires remplis, les éducatrices les retournaient par courrier. Des enveloppes pré-affranchies et pré-adressées leur avaient été remises. À la réception des derniers questionnaires, le sondage sur leur degré de satisfaction leur était envoyé. Elles devaient également le retourner par courrier. Des appels ont été nécessaires pour leur rappeler d'envoyer le sondage complété.

Une fois les données amassées, deux traitements statistiques ont été utilisés afin de dégager les valeurs psychométriques : les coefficients de consistance interne de l'alpha de Cronbach et les coefficients de corrélation de Pearson.

Résultats

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les questionnaires ASQ

Rappelons que les données sur la fidélité du questionnaire de 27 mois ne sont pas connues, car cet intervalle a été ajouté à l'instrument quelques années après son élaboration, moment où la fidélité de l'instrument a été établie. Les résultats obtenus seront donc comparés aux données de la version originale pour les questionnaires de 24 et 30 mois.

Quelques données sont manquantes, mais leur nombre est suffisamment bas pour conserver tous les questionnaires à l'étude.

Moyennes et écarts-types des cotes des items

Le tableau 12 présente les moyennes et les écarts-types des cotes moyennes correspondants aux items des différents domaines. Les valeurs des moyennes sont plutôt semblables entre elles et celles des écarts-types, également. En comparant les valeurs obtenues avec celles de la version originale, il est possible de constater que les chiffres

Tableau 12

Moyennes et écarts-types des cotes moyennes correspondant aux items des différents domaines et comparaisons avec la version originale

| | Moyennes (M) | | Écarts-types (É.t.) | |
|---------------------|--------------|------|---------------------|------|
| | v.f. | v.o. | v.f. | v.o. |
| 24 mois | | | | |
| Communication | 7,22 | 4,95 | 2,59 | 1,14 |
| Motricité globale | 7,97 | 5,43 | 2,04 | 0,94 |
| Motricité fine | 8,42 | 5,28 | 1,57 | 0,83 |
| Résolution probl. | 7,45 | 5,14 | 2,25 | 0,95 |
| Aptitudes ind. soc. | 7,22 | 5,23 | 1,96 | 0,84 |
| 27 mois | | | | |
| Communication | 8,22 | --- | 1,93 | --- |
| Motricité globale | 6,86 | --- | 2,30 | --- |
| Motricité fine | 7,25 | --- | 2,36 | --- |
| Résolution probl. | 7,83 | --- | 1,93 | --- |
| Aptitudes ind. soc. | 7,03 | --- | 2,39 | --- |
| 30 mois | | | | |
| Communication | 9,00 | 5,57 | 1,00 | 0,85 |
| Motricité fine | 8,36 | 5,12 | 1,34 | 1,03 |
| Motricité globale | 8,36 | 4,99 | 2,18 | 1,23 |
| Résolution probl. | 7,50 | 5,08 | 1,98 | 1,10 |
| Aptitudes ind. soc. | 8,58 | 5,26 | 1,54 | 0,99 |

Notes : v.f. : version francophone

v.o. : version originale

sont plus élevés pour la version francophone, autant en regard des moyennes que pour les écarts-types.

Coefficients de consistance interne

Les coefficients de consistance interne des domaines selon les niveaux d'âge et ceux de la version originale ainsi que les corrélations items corrigés sont présentés dans le tableau 13. Les coefficients de consistance interne obtenus présentent différentes valeurs. Certains domaines démontrent une bonne consistance interne, comme : communication et motricité globale pour le questionnaire de 24 mois; communication, motricité globale et aptitudes individuelles ou sociales pour le questionnaire de 27 mois; motricité fine pour le questionnaire de 30 mois. Les autres domaines comportent des valeurs plus faibles tandis que deux domaines du questionnaire de 30 mois semblent poser problème avec des valeurs nettement basses : la communication avec 0,16 et la motricité globale avec 0,28.

Tel que démontré dans le tableau 13, les valeurs des coefficients de consistance interne sont très comparables à celles de la version originale pour tous les domaines du questionnaire de 24 mois et pour certains domaines du questionnaire de 30 mois : motricité fine, résolution de problèmes et aptitudes individuelles ou sociales, avec toutefois un plus grand écart entre les valeurs du domaine des aptitudes individuelles ou

Tableau 13

Corrélation des items corrigés, coefficients de consistance interne des domaines de la version francophone et de la version originale

| Items corrigés et alpha | 24 mois | | 27 mois | | 30 mois | |
|-------------------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | v. f. | v.o. | v. f. | v.o. | v. f. | v.o. |
| Communication | | | | | | |
| 1 | 0,47 | | 0,69 | | 0,34 | |
| 2 | 0,69 | | 0,76 | | --- | |
| 3 | 0,57 | | 0,64 | | 0,48 | |
| 4 | 0,53 | | 0,22 | | 0,22 | |
| 5 | 0,58 | | 0,49 | | -0,24 | |
| 6 | 0,52 | | 0,22 | | 0,08 | |
| Alpha | 0,78 | 0,75 | 0,70 | | 0,16 | 0,74 |
| Motricité globale | | | | | | |
| 1 | 0,66 | | 0,53 | | 0,18 | |
| 2 | 0,65 | | 0,43 | | 0,01 | |
| 3 | 0,41 | | 0,60 | | 0,31 | |
| 4 | 0,56 | | 0,58 | | 0,13 | |
| 5 | 0,32 | | 0,61 | | 0,19 | |
| 6 | 0,61 | | 0,23 | | 0,07 | |
| Alpha | 0,75 | 0,80 | 0,72 | | 0,28 | 0,78 |
| Motricité fine | | | | | | |
| 1 | 0,35 | | -0,15 | | 0,31 | |
| 2 | -0,04 | | 0,50 | | 0,71 | |
| 3 | 0,47 | | 0,51 | | 0,37 | |
| 4 | 0,59 | | 0,54 | | 0,55 | |
| 5 | 0,30 | | 0,11 | | 0,53 | |
| 6 | 0,24 | | 0,28 | | 0,31 | |
| Alpha | 0,54 | 0,58 | 0,54 | | 0,72 | 0,70 |
| Rés. de problèmes | | | | | | |
| 1 | 0,05 | | 0,37 | | 0,12 | |
| 2 | 0,41 | | 0,43 | | 0,26 | |
| 3 | 0,25 | | 0,10 | | 0,12 | |
| 4 | 0,52 | | 0,47 | | 0,57 | |
| 5 | 0,37 | | 0,34 | | 0,34 | |
| 6 | 0,41 | | 0,04 | | 0,47 | |
| Alpha | 0,56 | 0,57 | 0,49 | | 0,55 | 0,61 |
| Apt. ind. ou soc. | | | | | | |
| 1 | 0,60 | | 0,66 | | 0,03 | |
| 2 | 0,26 | | 0,40 | | 0,06 | |
| 3 | 0,20 | | 0,37 | | 0,54 | |
| 4 | 0,51 | | 0,58 | | 0,40 | |
| 5 | 0,61 | | 0,54 | | 0,52 | |
| 6 | 0,21 | | 0,40 | | -0,02 | |
| Alpha | 0,62 | 0,58 | 0,72 | | 0,44 | 0,56 |

sociales. Entre les deux versions de l'ASQ, un très grand écart sépare les valeurs des domaines de la communication et de la motricité globale du questionnaire de 30 mois.

En regard des items corrigés (voir tableau 13), il est possible de voir que certains d'entre eux sont très faibles. Le nombre d'items ayant une valeur moindre augmente à mesure que l'âge couvert par le questionnaire augmente aussi. Quelques rares items sont négatifs. Ils se retrouvent dans le domaine de la motricité fine pour les questionnaires de 24 mois (-0,04) et 27 mois (-0,15) et dans les domaines de la communication (-0,24) et des aptitudes individuelles ou sociales (-0,02) du questionnaire de 30 mois. Également, l'item 2 du domaine de la communication du questionnaire de 30 mois ne démontre pas de valeur, car il n'y a pas de variance. Ceci indique que tous les enfants ont eu la même cote, soit 10 (« parfois ») pour cet énoncé. Finalement, il y a lieu de constater que les complications se retrouvent surtout dans les domaines du questionnaire de 30 mois. Tel que mentionné précédemment, l'alpha de Cronbach est très faible pour le domaine de la communication et il comporte des valeurs problématiques pour plusieurs items : 1, 4, 6 sont très bas, 2 n'a aucune valeur et 5 est négatif. L'alpha de Cronbach est faible également pour le domaine de la motricité globale et la valeur de tous les items est moindre. De plus, un item sur deux est faible pour le domaine de la résolution de problèmes cependant que le domaine des aptitudes individuelles ou sociales comporte deux items près de zéro et un item négatif.

Coefficients de corrélation

Le tableau 14 présente les coefficients de corrélation de Pearson des domaines avec le score total obtenu pour chaque niveau d'âge. Il est possible de constater que toutes les valeurs démontrent une corrélation substantielle ou forte et se situent entre 0,63 et 0,88. Les valeurs des coefficients de Pearson des questionnaires de 24 et 30 mois de la version francophone se rapprochent de celles de la version originale et, pour les questionnaires de 30 mois, elles sont presque semblables dans les domaines de la motricité globale, de la motricité fine et des aptitudes individuelles ou sociales.

Tableau 14

Corrélation entre les domaines et les scores totaux des questionnaires de la version francophone et de la version originale

| Domaines | 24 mois | | 27 mois | | 30 mois | |
|--------------------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | v.f. | v.o. | v.f. | v.o. | v.f. | v.o. |
| Communication | 0,78 | 0,69 | 0,78 | --- | 0,63 | 0,76 |
| Motricité globale | 0,74 | 0,63 | 0,77 | --- | 0,68 | 0,69 |
| Motricité fine | 0,83 | 0,74 | 0,87 | --- | 0,74 | 0,73 |
| Résolution probl. | 0,85 | 0,76 | 0,87 | --- | 0,66 | 0,83 |
| Aptitudes ind.soc. | 0,88 | 0,76 | 0,85 | --- | 0,66 | 0,69 |

Notes : Toutes les corrélations sont significatives à $p \leq 0,001$

v.f. : version francophone de l'ASQ

v.o. version originale de l'ASQ

Les retards

Enfin, il est intéressant de noter que les trois enfants déjà diagnostiqués ont été détectés par l'ASQ comme ayant un retard. L'ASQ dépiste un retard dans les cinq domaines chez le sujet atteint de paralysie cérébrale et ce, aux deux intervalles où il a été évalué. Chez le sujet atteint d'albinisme, l'instrument détecte un retard dans les domaines de la motricité fine et des aptitudes individuelles ou sociales. Un retard dans le domaine de la résolution de problème est décelé par l'ASQ chez l'enfant ayant un retard de langage.

Le tableau 15 démontre les retards détectés par l'ASQ chez les enfants autres que ceux dont l'éducatrice a fait part du diagnostic posé au préalable. Les plus grands nombres de retards dépistés se retrouvent dans les domaines de la communication (neuf retards : huit à 24 mois et un à 27 mois) et des aptitudes individuelles et sociales (sept retards : six à 24 mois et un à 27 mois). Cinq retards ont été détectés dans la sphère de la résolution de problème (quatre à 24 mois et un à 30 mois), trois pour la motricité fine (un à 27 mois et deux à 30 mois) et seulement deux pour la motricité globale (à 24 mois). Parmi les questionnaires de 24 mois, 20 retards ont été dépistés, tandis que seulement trois l'ont été dans les questionnaires de 27 et dans ceux de 30 mois.

Parmi les enfants détectés, 11 n'ont qu'un seul retard, c'est-à-dire cinq dans les questionnaires de 24 mois, trois dans les 27 mois ainsi que dans les 30 mois. Dans les

Tableau 15

Retards détectés par l'ASQ chez les enfants n'ayant pas de retard diagnostiqué

| | Communica- tion | Motricité globale | Motricité fine | Résolution problèmes | Aptitudes ind. soc. |
|---------|--------------------|----------------------|----------------|-------------------------|------------------------|
| 24 mois | 8 | 2 | | 4 | 6 |
| 27 mois | 1 | | 1 | | 1 |
| 30 mois | | | 2 | 1 | |

questionnaires s'adressant aux enfants de 24 mois, il est possible de trouver six enfants qui ont des retards dans deux domaines, pour la plupart dans les domaines de la communication et des aptitudes individuelles et sociales, et un ayant un retard dans trois domaines: communication, résolution de problèmes, aptitudes individuelles et sociales.

Parmi les enfants évalués plus d'une fois, des retards ont été notés pour deux enfants à deux intervalles (24 et 27 mois). Toutefois, le nombre de retards et les domaines dans lesquels on les retrouve ne sont pas les mêmes à 24 mois et à 27 mois. Par exemple, pour un enfant en particulier, l'ASQ a détecté un retard dans le domaine de la communication et dans la sphère des aptitudes individuelles ou sociales à 24 mois et, pour le même enfant, à 27 mois, il ne reste plus qu'un retard et on le retrouve en motricité fine.

Le sondage sur la satisfaction des éducatrices

En dernier lieu, les résultats obtenus quant au sondage sur la satisfaction des éducatrices ayant expérimenté l'ASQ démontrent qu'elles sont très satisfaites de l'utilisation de l'ASQ (voir tableau 16). Plus précisément, 93 % (14/15) trouvent que l'ASQ est facile à comprendre et facile à utiliser. Sept pour-cent (1/15) le trouvent moyennement facile à comprendre et à utiliser. Elles ont répondu par l'affirmative avec un taux de 87 % (13/15) aux énoncés suivants : « L'ASQ permet de recueillir des informations pertinentes sur le développement de l'enfant », « L'ASQ est un outil pertinent dans l'optique du « Programme éducatif » en CPE », « L'ASQ aide à savoir dans quel domaine du développement on doit aider l'enfant » et « L'ASQ pourrait aider à aborder les parents lorsqu'un retard est dépisté chez un enfant ». Environ 13 % (2/15) des répondantes le trouvent moyennement satisfaisant sur ces mêmes aspects. Plus de 70 % des utilisatrices affirment que cet instrument contient des items clairs que l'on peut observer dans la routine des enfants (11/15), que ces choix de réponses permettent une réponse nuancée (12/15) et qu'il permet d'appuyer leurs doutes quant au développement de certains enfants (12/15). D'autres éducatrices ont plutôt répondu qu'elles étaient moyennement satisfaites à ces égards (3/15 et 4/15). Pour les deux autres questions restantes, à savoir le temps de passation de l'instrument et la facilité d'inclure l'outil dans leurs tâches quotidiennes, les éducatrices ont déclaré être plutôt moyennement satisfaites (73 % ou 11/15 et 67 % ou 10/15) que satisfaites (27 % ou 4/15 et 33 % ou 5/15). Aucune éducatrice n'a répondu « non » à l'ensemble des questions portant sur la satisfaction.

Tableau 16

Réponses des intervenantes au sondage sur la satisfaction quant à l'utilisation de l'ASQ

| Affirmations | 1 oui | 2 moyen- nement | 3 non |
|---|----------------|-----------------------|----------|
| 1. L'ASQ demande peu de temps de passation | 4/15 (27%) | 11/15 (73%) | |
| 2. L'ASQ est facile à comprendre | 14/15 (93%) | 1/15 (7%) | |
| 3. L'ASQ est facile à utiliser | 14/15 (93%) | 1/15 (7%) | |
| 4. L'ASQ contient des items clairs que l'on peut observer dans la routine quotidienne des enfants | 11/15 (73%) | 4/15 (27%) | |
| 5. Le choix de réponse de l'ASQ (oui, parfois et pas encore) permet de donner une réponse nuancée | 12/15 (80%) | 3/15 (20%) | |
| 6. L'ASQ permet de recueillir des informations pertinentes sur le développement de l'enfant | 13/15 (87%) | 2/15 (13%) | |
| 7. L'ASQ s'inclue facilement dans les tâches quotidiennes de l'éducatrice | 5/15 (33%) | 10/15 (67%) | |
| 8. L'ASQ vient appuyer nos observations quant aux doutes sur le développement de certains enfants | 12/15 (80%) | 3/15 (20%) | |
| 9. L'ASQ est un outil pertinent dans l'optique du « Programme éducatif » en CPE | 13/15 (87%) | 2/15 (13%) | |
| 10. L'ASQ aide à savoir dans quel domaine du développement on doit aider l'enfant | 13/15 (87%) | 2/15 (13%) | |
| 11. L'ASQ pourrait aider à aborder les parents lorsqu'un retard est dépisté chez un enfant | 13/15 (87%) | 2/15 (13%) | |

Les commentaires ajoutés sur l'initiative d'un des CPE contiennent les informations suivantes : l'outil est facile à utiliser, la préparation de matériel avant la passation en facilite encore plus l'usage, l'instrument s'insère assez aisément dans la routine quotidienne, le temps de passation est réduit et la tâche plus aisée lorsque l'éducatrice connaît bien l'enfant, un peu plus de temps est nécessaire lorsque l'enfant a des besoins particuliers, la compilation des résultats est simple et rapide.

Discussion et conclusion

RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Les objectifs de cette recherche consistaient à vérifier la fidélité de la traduction francophone de trois questionnaires de l'ASQ (24, 27 et 30 mois) auprès d'une population d'enfants québécois. L'hypothèse envisagée est que la traduction de l'instrument conserve ses propriétés psychométriques en matière de fidélité. Parallèlement à ces analyses, la satisfaction des éducatrices des CPE quant à l'utilisation de cet instrument a été sondée afin de savoir si l'ASQ convient aux besoins en matière de dépistage des éducatrices de la région Mauricie/Centre-du-Québec.

La volonté de dépister les retards de développement et d'instrumenter les éducatrices des CPE à cet effet rejoint d'ailleurs deux des trois principales convictions de la « Politique de la Santé et du Bien-Être » (MSSS, 1998b). La première conviction stipule que la santé est une résultante de l'interaction entre la personne et son environnement et que, par conséquent, les gestes posés en vue du progrès de la santé doivent prendre en considération les capacités de l'individu et les ressources de son milieu. Ceci souligne la double importance de faire du dépistage dans le but de connaître les capacités de l'enfant et d'outiller les éducatrices afin d'améliorer les ressources des

CPE, un des milieux de vie de l'enfant. La seconde conviction mentionne que le maintien et l'amélioration de la santé de la population se font par une répartition juste des responsabilités entre la personne, sa famille, ses milieux de vie et d'activités et le gouvernement, dans la mesure où ce dernier est concerné. Cette conviction soutient aussi la volonté des éducatrices d'être mieux outillées pour faire face aux difficultés de développement des enfants qu'elles reçoivent.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Moyennes et écarts-types

Concernant les résultats des analyses statistiques des données de la passation des questionnaires de l'ASQ, il est possible de constater que les moyennes et les écarts-types des items aux domaines respectifs de la version traduite sont plus élevés que ceux de la version anglophone. Ceci peut être attribuable au fait que le nombre d'enfants était moins élevé dans l'échantillon actuel que dans l'échantillon original. En faisant une étude avec un nombre d'enfants plus élevés et avec un échantillon plus semblable à celui des études de la version originale, les moyennes seraient peut-être différentes et plus rapprochées de celles obtenues par les auteurs de l'instrument. Il est aussi possible que cette différence provienne du fait que ce sont des éducatrices en CPE, plutôt que des parents, qui ont complété les questionnaires. Les parents ont une connaissance plus particulière de leur enfant et peut-être ont-ils plus d'occasions de voir se manifester certains comportements. Il pourrait être intéressant de faire une étude auprès d'enfants

québécois afin de comparer des questionnaires remplis par des parents et des questionnaires complétés par des éducatrices en CPE. De nouvelles pistes pourraient aussi être explorées en recueillant diverses informations sur les éducatrices : par exemple, quelle est leur formation, leur nombre d'années d'expérience, depuis quand connaissent-elles l'enfant évalué, etc., pour voir si ces caractéristiques influencent leur façon d'observer et de coter les enfants avec l'ASQ.

Coefficients de consistance interne

Considérant les valeurs obtenues pour les coefficients de consistance interne, il importe de souligner surtout les écarts rencontrés entre certains domaines du questionnaire de 30 mois. L'alpha de Cronbach du domaine de la communication s'est avéré très bas, soit et très peu comparable avec celui de la version originale. Lors de l'analyse des items corrigés, l'item 2 (« Sans que vous lui donniez la solution en montrant du doigt ou en faisant des gestes, votre enfant suit-il au moins trois de ces directives ? a. « Mets le jouet sur la table. »; b. « Ferme la porte. »; c. « Apporte-moi une serviette. »; d. « Va chercher ton manteau. »; e. « Prends ma main. »; f. « Prends ton livre. ») n'avait aucune valeur. Les enfants évalués ont tous obtenus la même cote à cet item : tous l'ont réussi. Il est possible mais peu probable que cet écart soit dû à la traduction, car l'on retrouve cet item dans les deux autres questionnaires et l'alpha de l'item corrigé était plus élevé. On peut donc penser que cette diminution est due aux particularités du groupe d'enfants ou encore aux éducatrices ayant complété les questionnaires de 30 mois. Peut-être la culture joue-t-elle un rôle dans l'apprentissage du

langage, rôle qui se veut discret au cours des premiers mois et qui se manifeste de plus en plus avec l'âge. Des études supplémentaires sont assurément nécessaires pour pousser plus loin ces hypothèses.

Le domaine de la motricité globale comporte aussi des alphas très faibles quant au total du domaine et quant aux items corrigés. En particulier, deux items sont près de zéro : l'item 2 (« Votre enfant monte-t-il ou descend-il au moins deux marches par lui-même ? ») et l'item 6 (« Votre enfant se tient-il sur un pied pendant environ 1 seconde sans aucun soutien ? »). Comme mentionné précédemment, l'item 2 se retrouve dans les autres questionnaires avec des valeurs supérieures. Il y a donc lieu d'émettre les mêmes hypothèses que pour le domaine de la communication du questionnaire de 30 mois. On ne peut comparer l'item 6, car il n'apparaît pas dans les deux questionnaires précédents. Si cet item s'y retrouvait, il pourrait être intéressant de comparer avec les questionnaires suivants dans l'optique d'une étude plus vaste que celle-ci.

Le domaine des aptitudes personnelles ou sociales de ce questionnaire se rapproche davantage des valeurs acceptables, mais est tout de même faible et comporte un certain écart lorsqu'on le compare avec la valeur de la version originale. Plus précisément, les items corrigés qui influencent l'alpha du domaine sont, d'une part, l'item 1 (« Si vous faites l'un des gestes suivants, votre enfant imite-t-il au moins l'un d'entre eux ? a. Vous ouvrez et fermez la bouche.; b. Vous clignez des yeux.; c. Vous tirez sur le lobe de votre oreille.; d. Vous vous tapotez la joue. ») et, d'autre part, l'item

2 (« Votre enfant mange-t-il avec une cuillère sans trop renverser de nourriture ? »).

Tous deux sont près de zéro. Pour sa part, l'item 6 (« Lorsque votre enfant se regarde dans un miroir et que vous lui demandez, « Qui est dans le miroir? », répond-il en disant « moi » ou en prononçant son nom ? ») est près de zéro, mais dans la négative. Seul l'item 1 se retrouve dans un autre questionnaire, celui de 27 mois, et il a un coefficient de consistance interne plus élevé. Il est possible de croire que sur ces points, la culture peut influencer les valeurs. Les aptitudes sociales sont grandement conditionnées par les apprentissages culturels qui diffèrent d'un pays à l'autre.

Deux items corrigés des questionnaires de 24 et 27 mois comportent des valeurs négatives. Dans le premier questionnaire, l'énoncé 2 du domaine de la motricité fine (« Votre enfant tourne-t-il les pages d'un livre par lui-même ? (Il est possible qu'il tourne plus d'une page à la fois.) ») montre une valeur sous zéro. Quant au questionnaire de 27 mois, c'est la première question du domaine de la motricité fine (« Votre enfant fait-il un mouvement de rotation de la main quand il essaie de tourner des poignées de porte, de remonter le mécanisme des jouets ou de visser et de dévisser des couvercles sur des pots ? ») qui donne une valeur de négative. Ces valeurs sont difficiles à expliquer, c'est pourquoi d'autres études seront nécessaires pour déterminer si elles se maintiennent avec un échantillon plus grand.

Coefficients de corrélation

Les coefficients de corrélation de Pearson sont à peu près tous semblables à l'intérieur d'un même questionnaire. De plus, leur valeur est substantielle ou forte, ce qui permet de penser que chaque domaine apporte sa contribution propre, sans redondance et sans trop d'éloignement des autres domaines. Il est aussi possible de constater que les valeurs du questionnaire de 30 mois sont plus faibles que celles des autres questionnaires et que la communication est le domaine ayant le coefficient le plus bas. Une hypothèse déjà abordée se pose ici, soit celle de l'influence de la culture sur l'apprentissage de la communication. Tel que mentionné précédemment, des études complémentaires seraient nécessaires afin de voir si ces valeurs plus faibles se maintiennent avec un échantillon plus grand et pour mieux cerner le rôle de la culture à partir de comparaisons inter-culturelles.

Les retards

Il est intéressant d'aborder les retards que l'ASQ a détectés chez les enfants déjà diagnostiqués en difficulté. Il est tout à fait plausible que l'enfant ayant une paralysie cérébrale ait accumulé un retard dans toutes les sphères de son développement. Également, l'ASQ indique un retard dans les domaines de la motricité fine et des aptitudes individuelles ou sociales, deux domaines où la vision (motricité fine, aptitudes individuelles) et le regard (aptitudes sociales) sont essentiels. Finalement, l'instrument détecte un retard dans le domaine de la résolution de problème chez l'enfant ayant un retard de langage. Ceci s'avère aussi possible si le retard touche la compréhension.

Cependant, il est étrange de ne pas constater de retard au niveau de la communication chez cet enfant. Ceci s'explique peut-être par le fait que cet enfant a été observé avec le questionnaire de 30 mois. Rappelons que le domaine de la communication de ce questionnaire comporte plusieurs valeurs faibles dans les analyses statistiques.

Il est importe de remarquer que les retards détectés chez les enfants sans mention de difficulté diagnostiquée se retrouvent en majorité dans les domaines de la communication et des aptitudes individuelles ou sociales. De tous les domaines de l'ASQ, ce sont les deux les plus susceptibles d'être influencés par les différences culturelles. Il y a lieu de se demander s'il s'agit là de retards réellement présentés par l'enfant ou si ce n'est pas plutôt des différences dues à la culture et qui pourraient être atténuées par une adaptation québécoise de la traduction francophone.

Le sondage sur la satisfaction

D'après les réponses obtenues au sondage, l'ASQ est plutôt satisfaisant à plusieurs égards pour les éducatrices qui l'ont essayé. Cet instrument pourrait donc répondre aux besoins des éducatrices des CPE des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Harguindeguy-Lincourt, 2001). Deux caractéristiques parmi celles nommées dans le sondage semblaient moins satisfaisantes pour les éducatrices : le temps de passation et la possibilité d'inclure facilement l'ASQ dans les tâches quotidiennes. Cette donnée pourrait conduire à une recherche-action afin de trouver comment les éducatrices

pourraient inclure plus aisément l'ASQ dans leur planification habituelle et aussi de vérifier si le fait de l'utiliser plus fréquemment peut réduire le temps de passation.

RÉFLEXION SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES INSTRUMENTS DE DÉPISTAGE

Le contenu d'un instrument de dépistage

Rappelons que plusieurs auteurs (APA, cité dans Glascoe, 1995; Glascoe, 1995; Gredler, 1997; Kochaneck & Buka, 1995; Lerner & al., 1998; Meisels & Wasik, 1990) mettent en relief l'importance qu'un instrument de dépistage comporte de multiples caractéristiques. Tel que vu précédemment, l'ASQ possède la majeure partie des particularités indiquées. Même si les auteurs s'entendent sur l'importance de plusieurs d'entre elles, il n'est pas nécessaire qu'un instrument de dépistage les contienne toutes, car il ne vise qu'à détecter les enfants qui auront besoin d'une évaluation plus spécialisée (Lynch, 1996; McLean & McCormick, 1993; Squires & al., 1999; Turlow & Gilman, 1999) ou d'une surveillance développementale (Eddey & al., 1995). Certaines caractéristiques, par exemple les facteurs de risque ou de protection ou bien des informations sur les parents, peuvent prendre place seulement lors de l'évaluation si bien que leur absence n'entrave pas la possibilité de faire un dépistage approprié des difficultés de l'enfant tout en allégeant l'instrument et en diminuant le temps de passation. Toutefois, il y a encore matière à réflexion quant à la sélection des informations pour distinguer entre celles qui devraient se retrouver dans un instrument

de dépistage et celles que l'on peut retrouver seulement dans les étapes subséquentes (évaluation, intervention).

Points de coupure et écart-types

Lors de la création de l'ASQ les auteurs ont décidé que l'ASQ identifierait les enfants dont la cote est de deux écarts-types en dessous de la moyenne comme étant dans la zone où une évaluation est nécessaire. Peut-être les enfants bénéficieraient-ils d'être dépistés à un écart-type et demi ou à un écart-type sous la moyenne, pour ensuite procéder à un suivi rapproché afin de détecter des signes plus discrets de retards de développement. Prenons l'exemple nommé précédemment de l'enfant qui a un retard de langage mais qui ne manifeste pas de retard dans le domaine de la communication de l'ASQ. Si le point de coupure avait été plus bas, le retard serait peut-être apparu aussi dans ce domaine. D'autres études visant l'établissement du point de coupure optimal pour les enfants québécois seraient bénéfiques en vue d'une utilisation encore plus appropriée de cet instrument.

Importance de connaître les besoins des utilisateurs de l'instrument

La présente recherche démontre l'importance d'une connaissance pointue des besoins des personnes qui utiliseront l'instrument de dépistage. La recension des instruments faite précédemment démontre l'existence de plusieurs instruments de dépistage. Certains possèdent diverses caractéristiques recherchées pour un tel instrument, mais ils ne répondaient pas aux besoins ciblés spécifiquement par les

éducatrices des CPE de l'étude (Harguindéguy-Lincourt, 2001) et s'avéraient donc inutiles pour leur pratique.

Participation des parents

Évoquons à nouveau l'importance que plusieurs auteurs (Bagnato & al., 1997; Bouchard & al., 1998; Leduc & al., 1997; Squires & al., 1999, Thurlow & Gilman, 1999) attribuent à la participation des parents dans les processus d'intervention précoce dont fait partie le dépistage. Il importe donc que l'instrument de dépistage utilisé soit accessible aux parents, qu'il soit simple, et qu'il soit possible de l'utiliser à la maison ou dans d'autres milieux de vie de l'enfant : il en est ainsi pour l'ASQ. En outre, il pourrait être intéressant d'amasser des données sur les qualités psychométriques de cet outil lorsque les questionnaires sont complétés par des parents d'enfants québécois.

UNE TRADUCTION ET UNE VALIDATION ADAPTÉES À LA CULTURE

Développer une « culture de validation »

Étant donné l'importance des décisions qui suivent l'utilisation et les résultats des instruments utilisés en petite enfance, que ce soit pour dépister, évaluer ou intervenir (Kochanek, 1993; Kochanek & Buka, 1995, Lerner & al., 1998), il est primordial de s'assurer des qualités psychométriques de ces instruments. Il importe donc de toujours faire valoir aux utilisateurs des instruments l'importance de se préoccuper

des ces qualités, et aussi, parfois, aux concepteurs ou aux traducteurs de ces instruments (Vallerand, 1989).

L'importance d'adapter en plus de traduire

Il importe non seulement de traduire des instruments, mais encore de s'assurer qu'ils conviennent à la population visée (Vallerand, 1989). Lorsqu'un instrument vise l'évaluation des comportements, il faut prendre en considération l'impact possible de la culture (Tassé & Craig, 1999). Par exemple, alors qu'un enfant semble avoir une difficulté dans l'acquisition d'une certaine habileté, ce peut être tout simplement parce que, dans la culture de cet enfant, cette habileté est moins stimulée à cet âge et apparaît un peu plus tard. Par conséquent, la traduction d'un instrument doit également tenir compte de l'aspect culturel et être adapté à celui-ci pour éviter de détecter des retards qui ne seraient en fait que des différences culturelles. Parfois, même si la langue est identique, la différence culturelle a une influence : par exemple, de l'Angleterre aux États-Unis ou de la France au Québec. Alors, afin de reproduire le sens précis du texte, il y a lieu d'adapter certaines parties des instruments d'évaluation ou de dépistage (Tassé & Craig, 1999) quant aux mots utilisés à l'aide des particularités culturelles des participants ciblés.

Dans cette optique, il pourrait être intéressant de valider la version originale de l'ASQ avec des enfants canadiens anglophones et de comparer les résultats avec la validation effectuée avec des enfants américains. Une autre comparaison pourrait être

faite entre une validation de la version francophone de l'ASQ auprès d'enfants francophones au Québec et en France. Ces informations permettraient de mieux saisir l'impact des différences culturelles sur le dépistage des retards de développement et de documenter encore davantage les différences au niveau des pratiques d'intervention précoce.

DÉVELOPPER UNE DÉMARCHE DE DÉPISTAGE

Un instrument de dépistage, tel que l'ASQ, s'inscrit dans une démarche, un processus de dépistage. Il importe de développer aussi cette démarche. En ce sens, les éducatrices ont aussi besoin d'informations et de formation, non seulement sur l'utilisation de cet instrument de dépistage, mais aussi sur d'autres aspects tels que la manière d'impliquer les parents dans le processus de dépistage, la façon d'aborder un parent pour lui annoncer que son enfant a peut-être une difficulté, les mécanismes de référence lorsqu'une difficulté est identifiée, la collaboration avec les partenaires (CLSC, centres de réadaptation, etc.).

L'arrimage avec les CLSC et les autres partenaires est un autre élément à développer dans le processus de dépistage. Par exemple, un instrument de dépistage commun, utilisé à la fois par les éducatrices en CPE et les intervenants du CLSC qui reçoivent les demandes en matière de dépistage, pourrait améliorer les processus de référence. Les intervenants en CLSC pourraient bénéficier des informations recueillies

par les éducatrices et ces mêmes informations pourraient aussi servir à orienter les références aux centres de réadaptation et les évaluations qui s'y feront. Cette perspective a l'avantage d'éviter les dédoublements de travail et de diminuer les temps d'attente qui sont présentement longs (Harguindeguy-Lincourt, 2001), surtout lorsque l'on veut mettre en place une intervention la plus précoce possible (Lachance, 1991 ; TAAC, 1990). C'est d'ailleurs dans le but de faciliter les collaborations entre les partenaires qu'avait été développée la grille d'observation du CLSC Vallée de la Batisca. Les caractéristiques de l'ASQ font que cet instrument peut très bien être utilisé dans l'optique d'une telle démarche de dépistage.

Cette recherche donne lieu à une réflexion sur l'organisation des services et la répartition des tâches dans les différentes étapes de l'accès aux services. Jusqu'où les CPE doivent-ils se spécialiser dans l'intervention précoce ? Il apparaît évident que ces centres ne peuvent offrir des interventions aussi pointues que celles des centres de réadaptation. Mais jusqu'où doit aller leur implication dans l'évaluation ? Certes, à l'aide d'un instrument comme l'ASQ, les CPE peuvent s'impliquer avec encore plus de rigueur et de crédibilité dans le processus de dépistage, mais quel est exactement leur rôle quant aux références qui suivront, à l'accompagnement des parents, dans la collaboration avec les CLSC, les centres de réadaptation ? Comment utiliser plus efficacement leur connaissance du développement de l'enfant et leur connaissance des enfants qui fréquentent leur CPE ? Les réponses à toutes ces questions aideront à mieux organiser les différentes parties des services d'intervention précoce.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Avant de discuter les résultats, quelques considérations s'imposent car l'échantillon présent diffère, à certains égards, de l'échantillon utilisé pour la validation originale.

Premièrement, le nombre d'enfants observés par les intervenantes afin d'établir la fidélité pour la version originale et pour cette étude-ci diffère grandement : les enfants américains étaient entre 285 et 393 pour les questionnaires visés et les enfants québécois en nombre beaucoup plus restreint (30 pour le questionnaire de 24 ainsi que celui de 27 mois et 34 pour le questionnaire de 30 mois). Il n'a pas été possible de recruter plus d'éducatrices pour participer au projet, ce qui explique ce nombre d'enfants. En même temps que ce projet, une autre étude était organisée, sollicitant les éducatrices des CPE, ce qui a fait diminuer le bassin d'éducatrices disponibles. Également, pour la présente étude, les enfants ont été sélectionnés sans égard à leurs caractéristiques socio-démographiques. Il importe de poursuivre l'étude avec un échantillon dont les données socio-démographiques seront contrôlées en vue d'une comparaison avec l'échantillon de la version originale.

En second lieu, les enfants de l'échantillon original étaient issus de programmes d'intervention précoce tandis que les enfants du présent échantillon proviennent de CPE.

Troisièmement, dans l'expérimentation originale, les parents remplissaient eux-mêmes les questionnaires; par contre, dans l'expérimentation actuelle, ce sont les intervenantes des CPE qui les ont complétés.

Compte tenu des limites de l'étude, les résultats obtenus ne permettent pas d'énoncer des affirmations à propos des objectifs de la recherche, mais plutôt d'émettre des hypothèses de réponses qui resteront, pour prendre une forme plus assertive, à étudier avec des conditions plus semblables, entre autres un plus grand nombre d'enfants. Cette étude contribue tout de même à donner la tendance possible quant à la fidélité de l'instrument.

CONCLUSION

Toutes ces informations à propos des instruments de dépistage permettent de constater que même si plusieurs étapes ont été franchies dans l'organisation des services à la petite enfance, il reste beaucoup à faire, en particulier au Québec, en matière de dépistage. Il importe de poursuivre les recherches et ce, pour deux raisons : la première, pour continuer à raffiner les qualités psychométriques des instruments et, la seconde, pour mieux établir la relation entre le dépistage et les diagnostics posés plus tard. Pour un enfant ayant des besoins particuliers, un dépistage adéquat mène à une prise en charge plus rapide, donc une intervention plus précoce.

Bien que plusieurs pistes d'approfondissement de cette étude restent encore à explorer, l'instrument présenté s'annonce très prometteur et semble, de plus, combler les besoins en matière de dépistage soulevés par les éducatrices des CPE des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Références

- Auger, M. (1994). *Bilan de la 1^{re} année (1992-1993) de fonctionnement d'un programme de dépistage et d'intervention précoce en santé mentale au CLSC Chutes-de-la-Chaudière-Desjardins*. Sainte-Marie : Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches.
- Bagnato, S., Neisworth, J., & Munson, S. (1997). *Linking Assessment and Early Intervention. An Authentic Curriculum-Based Approach*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bégin, D. (1992). *Pour commencer...L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience intellectuelle et de sa famille*. Québec : Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ).
- Behl, D.D., & Akers, J.F. (1996). The Use of the Batelle Developmental Inventory in the Prediction of Later Development. *Diagnostique*, 21(4), 1-16.
- Benn, R. (1993). Conceptualizing Eligibility for Early Intervention Services. Dans D. M. Bryant, & M. A. Graham (Éds), *Implementing Early Intervention. From Research to Effective Practice* (pp.18-45). New York : The Guilford Press.
- Bonin, M., Robaey, P., Vandaele, S., Bastin, G.L., & Lacroix, V. (2000). *ASQ : Questionnaire sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents*. 2^e édition. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bouchard, C. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bouchard, J.-M., Pelchat, D., & Sorel, L. (1998). Évaluation de l'enfant par les parents : stratégies de partenariat avec les intervenants. Dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky, & S. Tétreault (Éds), *Innovations, apprentissages et réadaptation en déficience physique* (pp. 45-55). Montréal : IQ Éditeur.
- Bricker, D. (1996). The Goal : Prediction or Prevention? *Journal of Early Intervention*, 20(4), 294-296.
- Bricker, D. D. (1989). *Early Intervention for At-Risk and Handicapped Infants, Toddlers, and Preschool Children*, 2nd edition. Palo Alto, California : Vort Corporation.
- Bricker, D., & Squires, J. (1989a). The Effectiveness of Parental Screening of At-Risk Infants : The Infant Monitoring Questionnaires. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9(3), 67-85.

- Bricker, D., & Squires, J. (1989b). Low Cost System Using Parents to Monitor the Development of At-Risk Infants. *Journal of Early Intervention*, 13(1), 50-60.
- Bricker, D., Squires, J., Mounts, L., Potter, L., Nickel, R., Twombly, E., & Farrell, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaires : A Parent-Completed, Child-Monitoring System, 2nd Edition*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Brigance, A.H. (1991). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans*. Vanier, Ontario : CFORP.
- Bryant, D., & Maxwell, K. (1997). The Effectiveness of Early Intervention for Disadvantaged Children. Dans M. J. Guralnick (Éd.), *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 23-46). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Carran, D. T., & Scott, K.G. (1992). Risk Assessment in Preschool Children : Research Implications for the Early Detection of Educational Handicaps. *Topics in Early Childhood Special Education*, 12(2), 196-211.
- Centre Local de Services Communautaires Vallée de la Batiscan (1999). *Grille d'observation du développement de l'enfant*. Sainte-Tite : Centre Local de Services Communautaires Vallée de la Batiscan.
- Cicchetti, D., & Wagner, S. (1990). Alternative assessment strategies for the evaluation of infants and toddlers : An organisational perspective. Dans S.J. Meisels, & J.P. Shonkoff (Éds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 246-277). Cambridge : Cambridge University Press.
- Committee on School Health, & Committee on Early Childhood, Adoption and Dependant Care (1995). The Inappropriate Use of School "Readiness" Tests. *Pediatrics*, 95, 437-438.
- Costarides, A.H., Shulman, B.B., Trimm, R.F., & Brady, N.R. (1998). Monitoring At-Risk Infant and Toddler Development: A Transdisciplinary Approach. *Topics in Language Disorders*, 18(3), 1-14.
- Diamond, K.E., & Squires, J. (1993). The Role of Parental Report in the Screening and Assessment of Young Children. *Journal of Early Intervention*, 17(2), 107-115.
- Duclos, G., Gravel, S., & Corey-Bernier, G. (1986). *Les Pitchounets, les lutins et les autres*. Outremont : CLSC Secteur Outremont/Ville Mont-Royal.
- Eddey, G. E., Robey, K. L., Zumoff, P., & Malik, Z.M. (1995). Multidisciplinary Screening in an Arena Setting for Developmental Delay in Children from Birth to Six Years of Age. *Infant-Toddler Intervention*, 5(3), 233-242.

- Edelbrock, C. (1994). Assessing Child Psychopathology in Developmental Follow-up Studies. Dans S. Friedman, & C. Haywood (Éds), *Developmental Follow-up. Concepts, Domains, and Methods* (pp. 183-196). San Diego, California : Academic Press.
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur inc.
- Gariépy, L. (1998a). *Jouer, c'est magique. Tome 1*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Gariépy, L. (1998b). *Jouer, c'est magique. Tome 2*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Glascoe, F. (1995). Developmental Screening : Rationale, methods, and applications. Dans J.A. Blackman (Éd.), *Identification and Assessment in Early Intervention* (pp. 78-91). Gaithersburg, Maryland : Aspen Publisher inc.
- Glascoe, F. P. (1997). Do the Brigance Screens Detect Developmental and Academic Problems? *Diagnostic*, 22(2), 87-103.
- Gorski, P.A., & VandenBerg, K.A. (1996). Infants Born At Risk. Dans M.J. Hanson (Éd.), *Atypical Infant Development. 2nd edition* (pp. 85-114). Austin, Texas : PRO-ED.
- Gredler, G. R. (1997). Issues in Early Childhood Screening and Assessment. *Psychology in the Schools*, 34(2), 99-106.
- Guralnick, M.J. (1997). Second-Generation Research in the Field of Early Intervention. Dans M.J. Guralnick (Éd), *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 3-20). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hall, J.D., & Barnett, D.W. (1991). Classification of Risk Status in Preschool Screening: A Comparison of Alternative Measures. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 9, 152-159.
- Harguindeguy-Lincourt, M.-C. (2001). *Évaluation des besoins en matière de dépistage des éducatrices des centres de la petite enfance des régions 04/17*. Document inédit, Laboratoire de Recherche Interdépartemental en Déficience Intellectuelle (LARIDI), Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Harguindeguy-Lincourt, M.-C., & Larocque, M.-C. (1999). *Les enjeux reliés au dépistage multi-problématiques des enfants en contexte de CLSC et milieu de garde*. Document inédit, Laboratoire de Recherche Interdépartemental en Déficience Intellectuelle (LARIDI), Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.
- High/Scope Educational Research Foundation (1992). *High/Scope Child Observation Record for Ages 2 ½ - 6*. Ypsilanti : High/Scope Press.
- Kates, D.A. (1997). Funding Context of Early Intervention. Dans S.K. Thurman, J.R. Cornwell, & S.R. Gottwald (Éds), *Context of Early Intervention. Systems and Settings* (pp. 39-54). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- King, E.H., Logsdon, D.A., & Schroeder, S.R. (1992). Risk Factors for Developmental Delay Among Infants and Toddlers. *CHC*, 21(1), 39-52.
- Kochanek, T. T. (1993). Enhancing Screening Procedures for Infants and Toddlers. The Application of Knowledge to Public Policy and Program Initiatives. Dans D.M. Bryant, & M. A. Graham (Éds), *Implementing Early Intervention. From Research to Effective Practice* (pp.18-45). New York : The Guilford Press.
- Kochaneck, T., & Buka, S. (1995). Using biologic and ecologic factors to identify vulnerable infants and toddlers. Dans J.A. Blackman (Éd.), *Identification and Assessment in Early Intervention* (pp. 92-109). Gaithersburg, Maryland : Aspen Publisher inc.
- Labrecque, E., & Gagnon, C. (1992). *Projet de dépistage et d'intervention précoce auprès des familles et enfants à risque de négligence (DIP)*. Québec : Département de Santé Communautaire, Hôpital du Saint-Sacrement.
- Lachance, C. (1991). Le dépistage précoce des problèmes de développement au cours de la première année de vie en région périphérique. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2(1), 65-70.
- Lamarre, J. (1998). *Vers une meilleure participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Leduc, R., Duhamel-Maples, M., Girard, B., Maltais, C., Parisien, M., & Ouellette, G. (1997). *Pour la réussite du dépistage précoce et continu. Étapes du développement de l'enfant et suggestion d'intervention*. Vanier, Ontario : CFORP.
- Lerner, J.W., Lowenthal, B., & Egan, R. (1998). *Preschool Children with Special Needs*. Boston : Allyn and Bacon.

- Lidz, C. (1983). Issues in Assessing Preschool Children. Dans K.D. Paget, & B.A. Bracken (Éds), *The Psychoeducational Assessment of Preschool Children*. New York, New York : Grune & Stratton Inc.
- Lynch, E.W. (1996). Assessing Infants : Child and Family Issues and Approaches. Dans M.J. Hanson (Ed), *Atypical Infants Development*, 2nd ed (115-146). Austin, Texas : Pro-ed.
- Macias, M.M., Saylor, C.F., Greer, M.K., Charles, J.M., Bell, N., & Katikaneni, L.K. (1998). Infant Screening : The Usefulness of the BINS and the CAT/CLAMS. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(3), 155-161.
- McCune, L., Kalmanson, B., Fleck, M.B., Glazewski, B., & Sillari, J. (1990). An interdisciplinary model of infant assessment. Dans S.J. Meisels, & J.P. Shonkoff (Éds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 219-245). Cambridge : Cambridge University Press.
- McLean, M., & McCormick, K. (1993). Assessment and Evaluation in Early Intervention. Dans W. Brown, S.K. Thurman, & L.F. Pearl (Éds), *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers .Innovative Cross-Disciplinary Approaches* (43-79). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Meisels, S.J., & Wasik, B.A. (1990). Who should be served? Identifying children in need of early intervention. Dans M.J. Meisels, & J.P. Shonkoff (Éds), *Handbook of Early Intervention* (pp. 605-632). Cambridge : Cambridge University Press.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992). *La politique se santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de la prévention en périnatalité*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998b). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1^{er} bilan*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2000). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2^e bilan*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3^e bilan*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications.
- Provost, M.A., Royer, N., & Coutu, S. (1999). *Facteurs d'inadaptation chez les 3-6 ans*. Rapport final CQRS RS-2455. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Raggio, D. J., Massingale, T.W., & Bass, J.D. (1994). Comparison of Vineland Adaptive Behavior Scales-Survey Form Age Equivalent and Standard Score with the Bayley Mental Development Index. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 203-206.
- Richmond, J., & Ayoub, C. C. (1993). Evolution of Early Intervention Philosophy. Dans D.M. Bryant, & M.A. Graham (Éds.), *Implementing Early Intervention. From Research to Effective Practice* (pp. 1-16). New York : The Guilford Press.
- Rioux, L. (1994). *Un processus de dépistage des problèmes de développement des enfants de dix-huit mois*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski.
- Robert, J.-P. (1995). *Recherche évaluative sur le « Programme de prévention et de dépistage en santé globale auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs parents »*. Ville-Marie : Centre de santé Sainte-Famille.
- Safer, N.D., & Hamilton, J.L (1993). Legislative Context for Early Intervention Services. Dans W. Brown, S.K. Thurman, & L.F. Pearls (Éds), *Family-Centered Early Intervention with Infants and Toddlers. Innovative Cross-Disciplinary Approaches (1-19)*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

- Shoemaker, O.S.; Saylor, C. F., & Erickson, M. T. (1993). Concurrent Validity of the Minnesota Child Development Inventory with High-Risk Infants. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(3), 377-388.
- Sinclair, E.; Del'Homme, M., & Gonzalez, M. (1993). Systematic Screening for Preschool Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 18(3), 177-188.
- Squires, J. (1996). Parent-Completed Developmental Questionnaires: A Low-Cost Strategy for Child-Find and Screening. *Infants and Young Children*, 9(1), 16-28.
- Squires, J., & Bricker, D. (1991). Impact of Completing Infant Developmental Questionnaires on At-Risk Mothers. *Journal of Early Intervention*, 15(2), 162-172.
- Squires, J., Nickel, R., & Bricker, D. (1990). Use of parent-completed developmental questionnaires for child-find and screening. *Infants and Young Children*, 3(2), 46-57.
- Squires, J., Potter, L., & Bricker, D. (1999). *The ASQ User's Guide for the Ages and Stages Questionnaires : A Parent-Completed, Child-Monitoring System*, 2nd edition. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Squires, J., Potter, L., Bricker, D., & Lamorey, S. (1998). Parent-Completed Developmental Questionnaires : Effectiveness with Low and Middle Income Parents. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(2), 345-354.
- Tassé, M. J., & Craig, E. M. (1999). Critical Issues in th Cross-Cultural Assessment of Adaptive Behavior. Dans R. L. Schalock, & D. L. Braddock (Eds.), *Adaptive Behavior and Its Measurement : Implications for the Field of Mental Retardation* (pp. 161-183). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Taylor, R.L. (1993). Instruments for the Screening, Evaluations and Assessment of Infants and Toddlers. Dans D. M. Bryant, & N. A. Graham (Éds), *Implementing Early Intervention. From Research to Effective Practice* (pp. 157-182). New York : The Guilford Press.
- Terrisse, B., & Boutin, G. (1994). Recherche et intervention auprès de jeunes enfants en difficulté : bilan et perspectives. Dans B. Terrisse, & G. Boutin (Éds), *La famille et l'éducation de l'enfant. De la naissance à six ans* (pp.25-40). Montréal : Les Éditions Logiques.
- Thurlow, M.L., & Gilman, C. J. (1999). Issues and Practices in the Screening of Preschool Children. Dans E.V. Nuttall, I. Romero, & J. Kalesnik (Éds), *Assessing and Screening Preschoolers. Psychological ans Educational Dimensions*, 2nd edition (72-93). Needham Heights : Allyn and Bacon.

- Toomey, K.A. (1990). *Multivariate Prediction of Risk for Developmental Delay in a Low-Risk Sample of Toddlers*. Thèse de doctoral inédite : The Graduate School of the State University of New York.
- Troubles d'apprentissage-Association Canadienne (1990). *Un bon départ. Dépistage en garderie de signes avant-coureurs des troubles d'apprentissage*. Ottawa, Ontario : Troubles d'apprentissage-Association Canadienne.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthode de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.

Appendices

Appendice A

Tableaux descriptifs d'instruments de dépistage

Tableau 1

Batelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST)
(décrit par Glascoe, 1995)

| |
|---|
| Caractéristiques |
| Auteurs Newborg, J.; Stock, J.R.; Wnek, L.; Guidubaldi, J. et Svinicki, J. |
| Année de publication 1984, 1988 |
| Âge ciblé 6 mois à 8 ans |
| Domaines du développement ciblés 7 sous tests : personnel-social, adaptatif, motricité fine, motricité globale, langage réceptif, langage expressif, cognitif |
| Nombre d'items Pas d'information |
| Temps de passation 30 à 35 minutes |
| Cotation - Contient plusieurs options pour la cotation, qui rejoignent les critères des différents États des États-Unis - Donne des cotes individuelles pour chacun des sous-tests, ce qui aide à spécifier la référence nécessaire |
| Forme de cueillette d'informations Entrevues, observation, évaluation directe |
| Caractéristiques psychométriques - Étude avec 22 enfants de 6 à 78 mois issus de services pédiatriques et de race, de statut socio-économique et géographique divers : montre que sous-test langage expressif a sensibilité 88 % aux problèmes de langage et spécificité de 100 % pour détecter le développement normal du langage (Newborg, Stock, Wnek, Guidubaldi et Svinicki) - Étude avec 80 enfants de 30 à 78 mois issus de Centres de jour d'intervention précoce et de cliniques d'évaluation du développement : montre que 1) sensibilité du BDIST est de 90 % et spécificité, de 80 %; 2) les sous-tests de communication et cognitif peuvent être utilisés seuls, car chacun a sensibilité de 80 % et spécificité de 86 % (Newborg, Stock, Wnek, Guidubaldi et Svinicki) |
| Formation Habilités d'entrevues bien développées indispensables |

Tableau 1

Batelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST) (suite)
(décrit par Glascoe, 1995)

Caractéristiques

Adaptations possibles

Adaptations possibles pour handicap visuel et physique

Particularités

- Consignes soigneusement rédigées en vue d'expliquer le résultat du test aux parents
 - Contient des exercices de pratique, mais qui demandent beaucoup de temps
 - Consignes claires et faciles à trouver
 - Peut être acheté avec ou sans matériel
 - Version complète avec matériel est dispendieuse et son contenu difficile à repérer et à organiser
 - Parce que relativement nouveau, des lacunes existent au niveau de certaines caractéristiques donc plus difficile d'utilisation
-

Tableau 2

Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS)
(décrit par Macias & al., 1998)

| Caractéristiques | |
|---|---|
| Auteurs | Bayley, N. |
| Année de publication | Pas d'information |
| Âge ciblé | 3 à 24 mois |
| Domaines du développement ciblés | Fonctions neurologiques de base, fonctions réceptives, fonctions expressives, processus cognitifs |
| Nombre d'items | 6 séries de 11 à 13 items |
| Temps de passation | Pas d'information |
| Cotation | Pas d'information |
| Forme de cueillette d'informations | Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques | Pas d'information |
| Formation | Pas d'information |
| Adaptations possibles | Pas d'information |
| Particularités | Pas d'information |

Tableau 3

Birth to three : Assessment and Intervention System
(décrit par Glascoe, 1995 et Taylor, 1993)

| |
|--|
| Caractéristiques |
| Auteurs Bangs, T.E. et Dodson, S. |
| Année de publication 1986 |
| Âge ciblé Naissance à 36 mois |
| Domaines du développement ciblés Habiletés motrices, habiletés cognitives, habiletés sociales, habiletés d'autonomie, habiletés de langage |
| Nombre d'items Pas d'information |
| Temps de passation Pas d'information |
| Cotation - Système de cotation : réussi, en émergence, échoué - Chaque sous-test donne une cote percentile, une cote standard et une cote stanine |
| Forme de cueillette d'informations Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques - Étude avec 357 enfants de 4 à 36 mois provenant de 3 différents états des États-Unis : montre que coefficient fidélité inter observateurs est de 0,88 à 0,99 (Bangs et Dodson) |
| Formation Pas d'information |
| Adaptations possibles Pas d'information |
| Particularités - Échantillon d'items pas usuel et limité - Consignes vagues et difficiles à trouver dans le manuel - L'utilisation n'est pas recommandée tant qu'une révision et une nouvelle standardisation ne seront pas effectuées |

Tableau 4
Brigance Screens
(décrit par Glascoe, 1997)

| Caractéristiques |
|---|
| Auteurs |
| Brigance, A. |
| Année de publication |
| - 1985 (Preschool Screens) |
| - 1990 (Early Preschool Screens) |
| - 1992 (K et 1 Screen-Revised) |
| Âge ciblé |
| 21 mois à 7 ans |
| Domaines du développement ciblés |
| Chaque formulaire contient de 8 à 13 sous-tests dans les sphères suivantes : motricité fine ou globale (formulaires pour enfants plus jeunes seulement), langage expressif et réceptif, cognitif, habiletés académiques |
| Nombre d'items |
| Pas d'information |
| Temps de passation |
| Pas d'information |
| Cotation |
| Les habiletés évaluées ont un « poids » numérique et sont ensuite compilées : les cotes sous 70-75 (sur un total de 100) indiquent un besoin d'évaluation plus spécialisée |
| Forme de cueillette d'informations |
| Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques |
| <ul style="list-style-type: none"> - Étude pour déterminer le meilleur point de coupure avec 408 enfants de 21 à 48 mois, avec des variables socio-économiques semblables à celles relevées dans le recensement des États-Unis en 1990, de niveau de scolarité des parents, de races et ethnies variés : montre que 1) avec le point de coupure de 75, la sensibilité est de 38 % et la spécificité est de 83 %; 2) le meilleur point de coupure selon l'âge est de 67 pour 21 à 29 mois et pour 33 à 36 mois, 72 pour 30 à 32 mois, 83 pour 37 à 40 mois et pour 57 à 62 mois, 87 pour 41 à 44 mois, 73 pour 45 à 50 mois, 88 pour 51 à 56 mois, 92 pour 63 à 68 mois, 80 pour 69 à 74 mois et de 93 pour 74 mois et plus - Étude sur l'exactitude du test avec 134 enfants de l'Indiana : montre une sensibilité de 67 % et une spécificité de 82 % et suggère que le point de coupure de 75 soit plus élevé (Mantzicopoulos et Jarvinen, 1993) |

Tableau 4

Brigance Screens (suite)
(décrit par Glascoe, 1997)

Caractéristiques

Caractéristiques psychométriques

- Étude sur le plus haut point de coupure avec 191 enfants : montre que les enfants ayant en dessous de 84 ont aussi une performance pauvre à un test de lecture (MacMillan Reading Test) et que ceux qui ont obtenu une cote plus haute que 84 ont bien réussi au test de lecture (McCarthy, 1994)
- Autre étude sur exactitude de prédiction avec 457 enfants: montre que si le point de coupure est augmenté à 80, la sensibilité est à 67 % et la spécificité à 78 % tandis que si le point de coupure est augmenté à 85, la sensibilité est à 91 % et la spécificité à 70 % (Bobo, 1992)

Formation

Pas d'information

Adaptations possibles

Pas d'information

Particularités

- Composé de 6 instruments compris dans 3 manuels différents : 1) Early Preschool Screens contient : formulaires de 2 ans et formulaires de 2 ½ ans; 2) Preschool Screens contient : formulaires de 3 ans et formulaires de 4 ans; 3) K et 1 Screens Revised contient : formulaire préscolaire et formulaire de première année
 - Absence de réponses « toutes prêtes » suscite besoin de faire recherches pour identifier le point de coupure optimal
-

Tableau 5

Denver-II
(décrit par Glascoe, 1995 et Taylor, 1993)

| | |
|---|---|
| Caractéristiques | |
| Auteurs | Frankenberg, W.; Dodds, J.; Archers, P.; Bresnick, B.; Maschka, P.; Edelman, N. et Shapiro, H. |
| Année de publication | 1991 |
| Âge ciblé | Naissance à 6 ans |
| Domaines du développement ciblés | Langage, motricité fine/adaptatif, personnel-social, motricité globale |
| Nombre d'items | Pas d'information |
| Temps de passation | Pas d'information |
| Cotation | <ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} classification : réussi/échoué/refus - 2^e classification en relation avec âge de l'enfant : normal, avancé, attention, retard, ne s'applique pas - Classifications utilisées pour performance totale au test : normale, anormale, questionnable, non évaluable |
| Forme de cueillette d'informations | Rapport des parents, observation, évaluation directe |
| Caractéristiques psychométriques | <ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle version standardisée avec un échantillon de 2096 enfants échantillonnés selon âge, race, statut socio-économique, lieu de résidence (rural ou urbain) même si tous proviennent du Colorado (Frankenberg, Dodds, Archers, Bresnick, Maschka, Edelman et Shapiro) - Publié sans études sur validité, sensibilité et spécificité, car auteurs affirment que ces caractéristiques sont établies par la standardisation de l'instrument - Étude avec 38 enfants : montre que le coefficient de fidélité test-retest est de 0,90 et le coefficient de fidélité inter observateurs, de 0,99 (Frankenberg & al.) |
| Formation | Pas d'information |

Tableau 5

Denver-II (suite)
(décrit par Glascoe, 1995 et Taylor, 1993)

| |
|---|
| Caractéristiques |
| <hr/> |
| Adaptations possibles |
| Pas d'information |
| Particularités |
| <ul style="list-style-type: none">- Test qui est une réponse à une recherche indépendante de validité, une révision étendue du DENVER- Cotation compliquée- Malgré changements apportés à la première version DENVER, il reste de nombreuses limites au test : manque d'informations sur validité, sensibilité, spécificité, car les auteurs disent que c'est établi par la standardisation du test- Pas d'études comparant le DENVER-II à d'autres instruments standardisés |

Tableau 6

Developmental Indicators for Assessment of Learning-Revised (DIAL-R)
(décrit par Glascoe, 1995)

| |
|--|
| Caractéristiques |
| Auteurs Mardell-Czudnowski, C. et Goldenberg, D. |
| Année de publication 1983 |
| Âge ciblé 2 à 6 ans |
| Domaines du développement ciblés Motricité, langage, concepts |
| Nombre d'items 24 |
| Temps de passation Pas d'information |
| Cotation Pas d'information |
| Forme de cueillette d'informations Évaluation directe du comportement |
| Caractéristiques psychométriques Bonne standardisation appuyée sur les forces du DIAL version originale, selon les auteurs |
| Formation Pas d'information |
| Adaptations possibles Pas d'information |
| Particularités <ul style="list-style-type: none"> - Chaque sous-test et chaque test entier donne une cote percentile - Évaluation facilitée grâce au matériel du test intéressant et coloré - Consignes claires et faciles à trouver - Consignes bien définies pour interpréter les comportements et expliquer les résultats aux parents - Inclut suggestions pour suivi et activités d'intervention - Peut être utilisé pour dépistage individuel ou pour dépistage de masse |

Tableau 7

Developmental Profile II (DP-II)
(décrit par Glascoe, 1995 ; Kochaneck & Buka, 1995 et Taylor, 1993)

| | |
|---|--|
| Caractéristiques | |
| Auteurs | Alpern, G.; Boll, T. et Shearer, M. |
| Année de publication | 1986 |
| Âge ciblé | Naissance à 9 ans et demi |
| Domaines du développement ciblés | Physique (motricité fine et globale), autonomie, socio-émotionnel, cognitif-académique, communication (langage expressif-réceptif) |
| Nombre d'items | 186 |
| Temps de passation | Pas d'information |
| Cotation | <ul style="list-style-type: none"> - Items sont cotés : réussi, échoué ou pas opportunité - Chaque sous-test produit une cote (âge-équivalent, réussi-échoué, mois-différentiel) |
| Forme de cueillette d'informations | Évaluation directe de l'enfant, entrevue avec les parents (dans le cas où l'évaluation directe est impossible) |
| Caractéristiques psychométriques | <ul style="list-style-type: none"> - Standardisation adéquate avec plus de 3000 enfants, échantillonnés par race, statut socio-économique, la plupart étant issus de milieux urbains du centre-est des États-Unis (Alpern, Boll & Shearer) - Plusieurs études de validité sont rapportées dans le manuel de l'instrument, y compris des études faites par des chercheurs autres que les auteurs <p>Ces études montrent que 1) l'instrument est hautement corrélé avec plusieurs mesures diagnostiques; 2) la sensibilité et la spécificité devraient être élevées, mais d'autres études sont nécessaires pour établir la valeur de cet instrument</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données limitées sur la fidélité |
| Formation | Méthode d'entrevue demande habiletés d'interview, sinon un biais peut s'introduire dans les réponses |

Tableau 7

Developmental Profile II (DP-II) (suite)
(décrit par Glascoe, 1995 ; Kochaneck & Buka, 1995 et Taylor, 1993)

Caractéristiques

Adaptations possibles

Pas d'information

Particularités

- Version informatisée inclut un compte-rendu qui peut être utilisé pour interprétation des résultats aux parents
 - Sous-test « académique » peut facilement être utilisé parce qu'il couvre plusieurs domaines du développement et demande seulement 5 minutes de passation et correction
 - Méthode d'observation directe très longue et nécessité pour l'évaluateur de créer matériel compliqué et difficile à transporter
 - Consignes limitées pour interprétation et référence
-

Tableau 8

Early Screening Profile
(décrit par Glascoe, 1995)

| |
|--|
| Caractéristiques |
| Auteurs Harrison, P.L. |
| Année de publication 1990 |
| Âge ciblé 2 à 6 ans |
| Domaines du développement ciblés Pas d'information |
| Nombre d'items Pas d'information |
| Temps de passation Pas d'information |
| Cotation Pas d'information |
| Forme de cueillette d'informations Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques <ul style="list-style-type: none"> - Un des rares tests qui contient des études indépendantes sur la sensibilité et la spécificité - Une étude démontre une faible sensibilité : l'instrument a dépisté entre 27 % et 61 % d'enfants qui avaient déjà des difficultés diagnostiquées |
| Formation Pas d'information |
| Adaptations possibles Pas d'information |
| Particularités <ul style="list-style-type: none"> - Proche des idéaux de construction de test - Malgré manque de sensibilité, certaines parties du test peuvent être utilisées en vue du dépistage développement psychosocial ou selon les besoins de famille |

Tableau 9

Minnesota Child Development Inventories
(décrit par Shoemaker & al., 1993; Glascoe, 1995 et Taylor, 1993)

Caractéristiques

Auteurs

Ireton, H. et Thwing, E.

Année de publication

1979

Âge ciblé

Naissance à 6 ans et demi

Domaines du développement ciblés

- 7 échelles : motricité globale, motricité fine, langage expressif, compréhension-conceptuelle, compréhension-situationnelle, autonomie, personnel-social
- Contient aussi General Development Scale : 131 des items les plus discriminants selon l'âge, provenant des 7 échelles, donne un index de développement général

Nombre d'items

320

Temps de passation

Pas d'information

Cotation

Pas d'information

Forme de cueillette d'informations

Pas d'information

Caractéristiques psychométriques

- Standardisé auprès de 796 enfants de 6 mois à 6 ans et demi, tous de race blanche de la banlieue de Minneapolis, dont les parents avaient au moins terminé leur secondaire (échantillon non représentatif de la population des États-Unis)
- Peu de données sur la validité
- Coefficients de fidélité moitié-moitié sont de 0.50 à 0.90
- Étude montre que sensibilité se situe entre 77 % et 88 % et que spécificité se situe entre 65 % et 77 % (Creighton & Suave, 1988; Guerin & Gottfried, 1987)
- Étude avec 280 enfants issus d'un programme d'intervention précoce à haut risque de développer des retards de développement de 11 à 13 mois, provenant pour la plupart de milieux socio-économiques défavorisés : montre que la sensibilité est de 56 % et la spécificité, de 92 % (Shoemaker & al., 1993)

Formation

Pas d'information

Tableau 9

Minnesota Child Development Inventories (suite)
(décrit par Shoemaker & al., 1993; Glascoe, 1995 et Taylor, 1993)

Caractéristiques

Adaptations possibles

Pas d'information

Particularités

- Est une série de tests de dépistage : Infant Development Inventory (0 à 15 mois), Early Child Development Inventory (1 à 3 ans), Preschool Development Inventory (3 à 6 ans)
 - Chaque inventaire comprend : un rapport des parents, une section générale sur le développement, un point de coupure pour indiquer les références, une section « problèmes possibles » d'identification des difficultés (comportementales, de santé, sensorielles, émotionnelles)
 - Plusieurs questions nécessitent une collaboration des parents (description enfant, lister les préoccupations, indiquer problèmes ou handicaps pré-existants)
 - Une révision est prévue pour : améliorer standardisation, améliorer spécificité, améliorer organisation des items, offrir cote par sous-test pour référence et éligibilité aux services
 - Idéal pour envois postaux de masse et salles d'attente médicales
 - Version cassette audio et feuille réponse simplifiée peuvent servir si analphabétisme des parents
 - Long : 320 items et peut être considéré plutôt comme une évaluation initiale que comme dépistage, mais les inventaires pris séparément peuvent servir pour le dépistage
-

Tableau 10

Rockfort Infant Developmental Evaluation Scales (RIDES)
(décrit par Taylor, 1993)

| |
|--|
| Caractéristiques |
| Auteurs Project RHISE |
| Année de publication 1979 |
| Âge ciblé Naissance à 4 ans |
| Domaines du développement ciblés Personnel/social/autonomie, motricité fine/adaptation, langage réceptif, langage expressif, motricité globale |
| Nombre d'items Pas d'information |
| Temps de passation Pas d'information |
| Cotation Pas d'information |
| Forme de cueillette d'informations Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques Pas d'information |
| Formation Pas d'information |
| Adaptations possibles Adaptations possibles pour enfants avec différents types d'incapacités |
| Particularités Liste à cocher utilisée pour identifier forces et difficultés |

Tableau 11

Screening Children for Related Early Educational Needs (SCREEN)
(décrit par Hall & Barnett, 1991)

| | |
|---|---|
| Caractéristiques | |
| Auteurs | Hresko, W.P.; Reid, D.K.; Hammil, D.D.; Ginsburg, H.P. et Barody, A.J. |
| Année de publication | 1988 |
| Âge ciblé | Âge préscolaire |
| Domaines du développement ciblés | <ul style="list-style-type: none"> - 4 domaines : quotient de langage, quotient de lecture, quotient d'écriture, quotient mathématique - En plus, quotient de performance globale |
| Nombre d'items | 70 |
| Temps de passation | Pas d'information |
| Cotation | Pas d'information |
| Forme de cueillette d'informations | Pas d'information |
| Caractéristiques psychométriques | <ul style="list-style-type: none"> - Normes établies avec un échantillon de 1355 de 20 états des États-Unis - Validité liée à un critère avec d'autres mesures de réussite, se situe entre 0,46 et 0,68 |
| Formation | Pas d'information |
| Adaptations possibles | Pas d'information |
| Particularités | Pas d'information |

Appendice B

Questionnaire 24 mois de l'ASQ

Questionnaires sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents*

Deuxième édition

par Diane Bricker et Jane Squires

avec la collaboration de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly et Jane Farrell

Traduction et adaptation par Marthe Bonin, Philippe Robaey, Sylvie Vandaele, Georges L. Bastin et Véronique Lacroix

avec le soutien de la Fondation Invest in Kids

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

Questionnaire 24 mois • 2 ans



Vous trouverez dans les pages suivantes des questions portant sur les activités des enfants. Votre petite fille ou votre petit garçon est en mesure d'en exécuter un certain nombre ; par contre, il y en a d'autres que votre enfant n'a pas encore réalisées. À chaque question, veuillez cocher la case appropriée, selon que votre enfant fait l'activité souvent, parfois ou pas encore.

Voici quelques points importants à retenir :

- ☒ Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant avant de cocher la case appropriée.
- ☒ Essayez de faire du questionnaire un jeu amusant pour vous et pour votre enfant.
- ☒ Assurez-vous que votre enfant est reposé, nourri et prêt à jouer.
- ☒ Veuillez retourner le questionnaire pour le _____.
- ☒ Si vous avez des questions au sujet de votre enfant ou du questionnaire veuillez appeler : _____.
- ☒ Prévoyez de remplir un nouveau questionnaire dans _____ mois.

Le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes, sans discrimination, et dans le seul but d'alléger le texte.

*Translated from the English :
Ages & Stages Questionnaires : A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.

 **ASQ**

Questionnaires sur les étapes du développement : Évaluation de l'enfant par les parents*

Deuxième édition

par Diane Bricker et Jane Squires

avec la collaboration de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly et Jane Farrell

Traduction et adaptation par Marthe Bonin, Philippe Robaey, Sylvie Vandaele, Georges L. Bastin et Véronique Lacroix

avec le soutien de la Fondation Imvut la Kide

Copyright © 2000 par Paul H. Brookes Publishing Co.

Questionnaire

24 mois • 2 ans

Veuillez répondre aux questions suivantes.

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Veuillez répondre au questionnaire au plus tard le : _____

Qui remplit le questionnaire ? _____

Quel est le lien avec l'enfant ? _____

Votre téléphone : _____

Votre adresse postale : _____

Ville : _____

Province/Département/Canton : _____

Code postal : _____

Veuillez indiquer le nom des personnes qui vous aident à remplir le questionnaire : _____

Date à laquelle le questionnaire est rempli : _____

Responsable du programme : _____

*Translated from the English :

*Ages & Stages Questionnaires : A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition, Bricker et al.*

© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



Les enfants de cet âge ne se montrent pas toujours coopératifs quand on leur demande de faire quelque chose. Il est possible que vous deviez vous y reprendre à plusieurs fois pour savoir si votre enfant est capable ou non de réaliser les activités suivantes. S'il est capable de faire une activité mais qu'il s'y refuse, répondez « oui » à la question.

OUI PARFOIS PAS ENCORE

COMMUNICATION

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Sans que vous lui montriez, votre enfant *indique-t-il* la bonne image quand vous lui dites, « Montre-moi le petit chat ! » ou « Où est le chien ? » (Il suffit qu'une seule image soit correctement identifiée.) ☐ ☐ ☐ ☐
2. Votre enfant imite-t-il une phrase de deux mots ? Par exemple, si vous dites, « Maman mange », « Papa joue » ou « Chat parti ! », votre enfant répète-t-il après vous ces deux mêmes mots ? (Cochez « oui » même si le langage de votre enfant est difficile à comprendre.) ☐ ☐ ☐ ☐
3. Sans que vous lui donniez la solution en montrant du doigt ou en faisant des gestes, votre enfant suit-il au moins *trois* de ces directives ? ☐ ☐ ☐ ☐
 - a. « Mets le jouet sur la table. » d. « Va chercher ton manteau. »
 - b. « Ferme la porte. » e. « Prends ma main. »
 - c. « Apporte-moi une serviette. » f. « Prends ton livre. »
4. Si vous montrez du doigt à une image représentant un ballon (ou un chat, une tasse, un chapeau, etc.) et demandez à votre enfant, « Qu'est-ce que c'est ? », *nomme-t-il* correctement au moins l'une des images ? ☐ ☐ ☐ ☐
5. Votre enfant dit-il à la suite deux ou trois mots qui représentent différentes idées qui sont liées les unes aux autres comme, par exemple, « Regarde chien ! » « Maman maison ! » ou « Chat parti ! ». (Ne comptez pas les combinaisons de mots qui expriment une seule idée comme, par exemple, « Bye-bye ! », « Plus là ! », « Très bien ! » et « Qu'est-ce que c'est ? ».) ☐ ☐ ☐ ☐

Veuillez donner un exemple des combinaisons de mots que fait votre enfant :

6. Votre enfant utilise-t-il correctement au moins deux mots parmi les suivants : « moi », « je », « le mien », « toi » ? ☐ ☐ ☐ ☐

TOTAL POUR LA COMMUNICATION ☐

MOTRICITÉ GLOBALE

Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.

1. Votre enfant descend-il les escaliers si vous le tenez par une main ? (Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeux ou à la maison.) ☐ ☐ ☐ ☐
2. Si vous lui montrez comment donner un coup de pied dans un gros ballon, votre enfant essaie-t-il d'en faire autant en lançant la jambe en avant ou en frappant le ballon tout en marchant ? (Si votre enfant donne déjà un coup de pied dans un ballon, cochez « oui ».) ☐ ☐ ☐ ☐



OUI PARFOIS PAS ENCORE

MOTRICITÉ GLOBALE (suite)

3. Votre enfant monte-t-il ou descend-il au moins deux marches par lui-même ? Vous pouvez essayer cette activité dans un magasin, au terrain de jeux ou à la maison. (Cochez « oui » même s'il se tient au mur ou à la rampe.)



☐ ☐ ☐ —

4. Votre enfant court-il assez bien, s'arrêtant tout seul sans se cogner contre des objets ni tomber ?



☐ ☐ ☐ —

5. Votre enfant saute-t-il à pieds joints (en levant les deux pieds en même temps) ?



☐ ☐ ☐ —

6. Sans recourir à aucun soutien, votre enfant donne-t-il un coup de pied dans un ballon en lançant la jambe vers l'avant ?



☐ ☐ ☐ — *

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ GLOBALE —

**Si la réponse à la question 6 de cette série portant sur la motricité globale est « oui » ou « parfois », cochez « oui » à la question 2 de cette série.*

MOTRICITÉ FINE *Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Votre enfant porte-t-il une cuillère à la bouche, du bon côté et, généralement, sans renverser de nourriture ?

☐ ☐ ☐ —

2. Votre enfant tourne-t-il les pages d'un livre par lui-même ? (Il est possible qu'il tourne plus d'une page à la fois.)

☐ ☐ ☐ —

3. Votre enfant fait-il un mouvement de rotation de la main quand il essaie de tourner des poignées de porte, de remonter le mécanisme des jouets ou de visser et de dévisser des couvercles sur des pots ?

☐ ☐ ☐ —

4. Votre enfant allume-t-il et éteint-il la lumière ?

☐ ☐ ☐ —

5. Votre enfant empile-t-il tout seul sept petits cubes ou petits jouets ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou des jouets mesurant environ 2,5 cm.)

☐ ☐ ☐ —

6. Votre enfant enfle-t-il une perle ou passe-t-il un lacet dans l'œillet d'un soulier ?



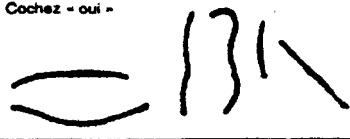
☐ ☐ ☐ —

TOTAL POUR LA MOTRICITÉ FINE —

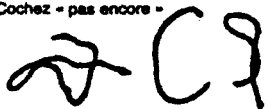
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES*Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Une fois que vous avez tracé devant lui une ligne de haut en bas sur une feuille de papier avec un crayon, votre enfant vous imite-t-il en traçant à son tour une ligne sur la feuille (*peu importe la direction de cette ligne*) ? Le fait de gribouiller dans tous les sens ne compte pas pour un « oui ».

Cochez « oui »



Cochez « pas encore »


☐ ☐ ☐ ☐

2. Sans que vous lui montriez comment faire, votre enfant renverse-t-il intentionnellement une petite bouteille transparente pour en faire tomber un petit morceau de biscuit ou un Cheerio ? (Vous pouvez utiliser un flacon à comprimés, une bouteille en plastique ou un biberon.)

☐ ☐ ☐ ☐

3. Votre enfant joue-t-il à prendre certains objets pour d'autres ? Par exemple, place-t-il une tasse près de son oreille en disant qu'il s'agit d'un téléphone ? Se met-il une boîte sur la tête en affirmant qu'il s'agit d'un chapeau ? Utilise-t-il un petit cube ou un petit jouet pour mélanger la nourriture ?

☐ ☐ ☐ ☐

4. Votre enfant sait-il où vont les choses ? Par exemple, sait-il que ses jouets vont sur l'étagère à jouets, que sa couverture va sur son lit et que les assiettes vont dans la cuisine ?

☐ ☐ ☐ ☐

5. Si votre enfant veut quelque chose qu'il ne peut pas atteindre, va-t-il chercher une chaise ou une boîte et monte-t-il dessus pour attraper ce qu'il désire ?

☐ ☐ ☐ ☐

6. Sous les yeux de votre enfant, alignez et mettez côte à côte quatre objets (comme des cubes ou des petites voitures). Votre enfant vous imite-t-il et fait-il la même chose avec au moins *quatre* objets identiques ? (Vous pouvez utiliser aussi des bobines de fil, des petites boîtes ou d'autres jouets.)


☐ ☐ ☐ ☐
TOTAL POUR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES ☐**APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES***Assurez-vous d'essayer chaque activité avec votre enfant.*

1. Votre enfant boit-il à l'aide d'une tasse ou d'un verre et le pose-t-il sans presque rien renverser ?
2. Votre enfant vous imite-t-il, par exemple, d'essuyer un liquide renversé, de balayer ou de faire semblant de se raser ou de se peigner ?
3. Votre enfant mange-t-il avec une fourchette ?

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES (suite)

4. Quand votre enfant joue avec une poupée ou un animal en peluche, fait-il semblant de le bercer, de le nourrir, de lui changer sa couche, de le mettre au lit et ainsi de suite ? ☐ ☐ ☐ _____
5. Votre enfant pousse-t-il un chariot d'épicerie, une poussette ou une voiturette, contourne-t-il les obstacles rencontrés et recule-t-il avec le chariot s'il ne peut pas tourner dans un coin ? ☐ ☐ ☐ _____
6. Votre enfant se désigne-t-il lui-même à l'aide des mots « je » ou « moi » plutôt qu'en utilisant son prénom ? Par exemple, dit-il « Je fais telle chose » plutôt que « Pierre fait telle chose ». ☐ ☐ ☐ _____

TOTAL POUR LES APTITUDES INDIVIDUELLES OU SOCIALES _____

ÉVALUATION GLOBALE

Les parents et les responsables du programme peuvent ajouter des commentaires en utilisant l'espace qui se trouve ci-dessous ou le verso de cette feuille.

1. Pensez-vous que votre enfant entend normalement ? OUI ☐ NON ☐
Sinon, veuillez expliquer : _____
2. Pensez-vous que votre enfant parle comme les enfants de son âge ? OUI ☐ NON ☐
Sinon, veuillez expliquer : _____
3. Comprenez-vous, la plupart du temps, ce que dit votre enfant ? OUI ☐ NON ☐
Sinon, veuillez expliquer : _____
4. Pensez-vous que votre enfant marche, court et grimpe comme les enfants de son âge ? OUI ☐ NON ☐
Sinon, veuillez expliquer : _____
5. L'un des parents a-t-il des antécédents familiaux de surdité infantile, partielle ou totale ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, veuillez expliquer : _____
6. Pensez-vous que votre enfant voit normalement ? OUI ☐ NON ☐
Sinon, veuillez expliquer : _____
7. Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé au cours des derniers mois ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, veuillez expliquer : _____
8. Quelque chose chez votre enfant vous inquiète-t-il ? OUI ☐ NON ☐
Si oui, veuillez expliquer : _____

ASQ 24 mois/2 ans : Sommaire des résultats

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance de l'enfant : _____
 Personne ayant rempli le questionnaire : _____ Lien avec l'enfant : _____
 Adresse postale : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Province/Département/Canton : _____ Code postal : _____
 Date à laquelle le questionnaire est rempli : _____ Personne ayant aidé à remplir le questionnaire : _____

ÉVALUATION GLOBALE : Veuillez reporter les réponses inscrites dans la partie intitulée « Évaluation globale » en encerclant « oui » ou « non » et en rapportant les commentaires des parents.

- | | | | | | |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| 1. Audition correcte ? Commentaires : | OUI | NON | 5. Antécédents familiaux de surdité ? Commentaires : | OUI | NON |
| 2. Langage comme celui des autres enfants ? Commentaires : | OUI | NON | 6. Vision correcte ? Commentaires : | OUI | NON |
| 3. L'adulte comprend-il l'enfant ? Commentaires : | OUI | NON | 7. Problèmes médicaux récents ? Commentaires : | OUI | NON |
| 4. Marche, court, grimpe comme les autres enfants ? Commentaires : | OUI | NON | 8. Autres questions ou problèmes ? Commentaires : | OUI | NON |

COTATION DES RÉPONSES

- Assurez-vous que toutes les questions comportent une réponse. S'il n'est pas possible de répondre à une question, veuillez vous reporter au mode de calcul des rapports de cotation dans *The ASQ User's Guide*.
- Cotez chaque réponse en écrivant la valeur qui lui correspond sur la ligne appropriée.
 OUI = 10 PARFOIS = 5 PAS ENCORE = 0
- Additionnez les cotes attribuées aux réponses pour chaque sphère de développement et notez le total sur la ligne prévue à cet effet.
- Indiquez la cote totale pour chaque sphère de développement en noircissant le cercle approprié dans le tableau ci-dessous. Par exemple, si la cote totale pour la sphère de développement relative à la communication est de 50, noircissez le cercle situé sous le chiffre 50 dans la première rangée.

| Total | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Communication | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Motricité globale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Motricité fine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Résol. de problèmes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Apt. indiv. ou soc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Total | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |

Examinez les cercles noircis pour chaque sphère de développement dans le tableau ci-dessous.

- Si la cote se trouve dans la zone ☐, la performance de l'enfant pour ce type d'activités est normale à cette étape de son développement.
- Si la cote se trouve dans la zone ☐, veuillez consulter un professionnel de la santé. Un examen plus approfondi peut être nécessaire.

OPTIONNEL : Les réponses correspondant à chaque item du questionnaire peuvent être notées dans le tableau ci-dessous.

| | Cote | Seuil | Communication | Motricité globale | Motricité fine | Résol. de problèmes | Apt. indiv. ou soc. |
|---------------------|------|-------|---|---|---|---|---|
| Communication | | 36,5 | 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Motricité globale | | 36,0 | 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Motricité fine | | 36,4 | 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Résol. de problèmes | | 32,9 | 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Apt. indiv. ou soc. | | 35,6 | 5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| | | | 6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | 6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| | | | O P N | O P N | O P N | O P N | O P N |

Responsable du programme : _____

Appendice C

Sondage sur la satisfaction des éducatrices

QUESTIONNAIRE AUX ÉDUCATRICES
« APPRÉCIATION DE L'OUTIL ASQ »

Après chacune des affirmations suivantes, cochez la case correspondant à votre expérience de l'ASQ :

1 = oui

2 = moyennement

3 = non

| Affirmations | 1 | 2 | 3 |
|--|----------|----------|----------|
| 1. L'ASQ demande peu de temps de passation. | | | |
| 2. L'ASQ est facile à comprendre. | | | |
| 3. L'ASQ est facile à utiliser. | | | |
| 4. L'ASQ contient des items clairs que l'on peut observer dans la routine quotidienne des enfants. | | | |
| 5. Le choix de réponse de l'ASQ (oui, parfois et pas encore) permet de donner une réponse nuancée. | | | |
| 6. L'ASQ permet de recueillir des informations pertinentes sur le développement de l'enfant. | | | |
| 7. L'ASQ s'inclue facilement dans les tâches quotidiennes de l'éducatrice. | | | |
| 8. L'ASQ vient appuyer nos observations quant aux doutes sur le développement de certains enfants. | | | |
| 9. L'ASQ est un outil pertinent dans l'optique du Programme Éducatif en CPE. | | | |
| 10. L'ASQ aide à savoir dans quel domaine du développement on doit aider l'enfant. | | | |
| 11. L'ASQ pourrait aider à aborder les parents lorsqu'un retard est dépisté chez un enfant. | | | |

Appendice D

Document explicatif du déroulement du projet

Centre de la Petite Enfance
La Maison des Amis



Explications pour les deux expérimentations des outils AEPS et ASQ

1- AEPS : Système d'évaluation de l'enfant, d'évaluation de l'intervention et de programmation.

L'AEPS est un outil d'évaluation et d'intervention du développement de l'enfant de la naissance à 3 ans qui couvre les six domaines du développement de l'enfant : motricité fine, motricité globale, adaptation, social, communication et cognitif. Il peut cependant être utilisé avec les enfants âgés jusqu'à 5 ans s'ils manifestent certaines difficultés. L'outil s'adresse à tous les enfants, mais plus particulièrement pour les enfants qui ont des difficultés ou des problématiques ou à risques environnementaux (pauvreté dans la famille, etc.).

D'une part, il s'agit d'un outil d'évaluation car qu'il sert à observer ce que l'enfant est capable de faire, ce qui lui reste à apprendre et il sert également à avoir des repères pour des fins d'intervention par l'utilisation d'un curriculum d'activités. Cet outil n'est donc pas un test d'intelligence car il ne donne pas l'âge de développement ou le degré de retard d'un enfant.

D'autre part, il s'agit d'un outil d'intervention parce qu'il y a un curriculum d'habiletés qui accompagne la partie évaluation. Si l'enfant a de la difficulté avec une habileté, il y a plusieurs recommandations ou idées d'interventions qui y sont inscrites pour aider l'enfant à manifester l'habileté en question.

Le curriculum se base sur une approche centrée sur les activités, c'est-à-dire qu'on mise sur les comportements initiés par l'enfant, donc ce qui l'intéresse dans sa routine quotidienne. Il s'agit de le mettre en activité et de le suivre dans ses comportements. Une particularité du curriculum, c'est que chaque domaine comporte une série d'habiletés ou de comportements qui sont jugés pertinents au développement de l'enfant (comportements fonctionnels, qui s'insèrent bien dans une routine quotidienne et qui sont utiles à l'enfant).



Expérimentation pour AEPS:

- φ Traduction francophone est faite (U.Q.T.R. et CSDI/MCQ), mais avant de publier, nous voulons savoir si l'outil conserve les mêmes qualités métriques que la version originale. Nous voulons donc vérifier si l'outil est approprié pour des enfants québécois. Il s'agit de la validation de la grille d'évaluation des habiletés manifestées par l'enfant.
- φ Nous avons donc besoin de filmer des enfants en action et avec les bandes vidéos nous vérifions si la grille nous permet d'évaluer les habiletés manifestées par l'enfant (nous évaluons la validité de la grille et non pas les enfants);
- φ Nous souhaitons pouvoir filmer des enfants, ciblés par les éducatrices, par groupe de trois (maximum à la fois et d'un même groupe). Les éducatrices doivent cibler des enfants dans leur groupe et ces derniers seront filmés dans cinq plans d'activités;
- φ Cibler des enfants âgés entre 6 mois et 36 mois (6 mois à 3 ans);
- φ Les plans d'activités représentent des activités du quotidien des enfants (ex. : poupée, routes et ponts, jeux d'eau, etc.). Nous mettons donc les enfants en action et nous les filmons en les suivant dans leur activité. Chaque plan d'activités dure au maximum quinze minutes. En filmant les mêmes enfants dans cinq plans d'activités différents, il nous sera possible de coter la grille des habiletés au complet.
- φ Nous serons deux personnes pour aller filmer dans les CPE (assistantes de recherche de l'U.Q.T.R.). L'une s'occupe de la caméra pour s'assurer de faire le « focus » sur les trois enfants ciblés et l'autre soutient l'éducatrice pour le reste du groupe;
- φ Lorsque nous convenons avec les éducatrices des moments pour aller filmer, nous les informons des plans d'activités qui seront proposés aux enfants. Nous avons le matériel nécessaire pour tous les plans d'activités, mais il peut être aussi possible d'utiliser le matériel du CPE étant donné que les enfants le connaissent déjà.
- φ Nous pouvons filmer de deux à trois plans d'activités par rencontre (de 30 à 45 minutes par fois que nous venons filmer).



2- ASQ : *Ages and Stages Questionnaire*

L'ASQ est un outil de dépistage qui a été fait par la même équipe que l'AEPS (chercheurs de l'Université de l'Orégon et il a été traduit par une équipe de professionnels de l'Hôpital Ste-Justine à Montréal. Nous avons décidé de travailler avec cet outil parce que nous nous intéressons à comment avoir accès à des outils de dépistage en milieu de garde. L'ASQ comprend 19 questionnaires du développement de l'enfant qui s'étalent sur la période de 4 mois à 60 mois (4 mois à 5 ans). Les questionnaires sont tous simples et précis et ils font référence aux habiletés fonctionnelles de l'enfant donc il est facile d'observer les comportements ou les habiletés mentionnés dans le questionnaire.

Dans le cadre de sa maîtrise en psychoéducation, Marie-Christine Lincourt s'intéresse plus spécifiquement à 3 des 19 questionnaires de l'ASQ. Ainsi, pour sa recherche, elle a choisi les trois questionnaires suivants : 1) pour les enfants de 24 mois, 2) pour les enfants de 27 mois et 3) pour les enfants de 30 mois. Elle travaille à la validation de l'outil traduit auprès d'enfants québécois en CPE. Elle souhaite donc utiliser l'ASQ avec des enfants québécois, compiler les résultats et de les comparer avec l'échantillon initial américain pour ainsi valider le questionnaire traduit.

Expérimentation pour ASQ:

- φ Marie-Christine souhaite que les éducatrices acceptent de participer à l'expérimentation qui consiste à remplir les questionnaires à l'étude pour son projet de maîtrise. Elle souhaite avoir accès au plus grand nombre d'enfants possible qui sont âgés de 24 mois, 27 mois ou 30 mois.
- φ Les éducatrices qui acceptent de participer doivent identifier les enfants qui sont âgés soit de 24 mois, de 27 mois ou de 30 mois (plus ou moins 1 à 2 semaines).
- φ L'expérimentation s'étale sur une période de 6 mois, ce qui signifie que les enfants qui ont prochainement 24 mois pourront participer jusqu'à leur 30 mois (situation idéale). Cependant, les enfants qui auront prochainement 27 mois ou 30 mois pourront aussi participer car c'est le nombre le plus élevé possible de questionnaire rempli pour chaque tranche d'âge qui est important.
- φ C'est l'éducatrice qui remplit le questionnaire pour chacun des enfants. Par exemple, l'éducatrice qui a dans son groupe un enfant de 24 mois, 2 enfants de 27 mois et 3 enfants de 30 mois, devra remplir un questionnaire pour chaque enfant au moment où l'enfant a l'âge correspondant. L'enfant âgé de 24 mois pourra éventuellement remplir le questionnaire de 27 mois et celui de 30 mois. L'enfant ne doit pas obligatoirement avoir 24 mois pour participer, il peut avoir 30 mois et y participer. La différence, c'est que l'éducatrice n'aura qu'à remplir un questionnaire pour ce même enfant.



- φ L'éducatrice n'est pas obligée de remplir le questionnaire en une seule fois, c'est-à-dire qu'elle peut répondre à quelques items puis aller observer d'autres items chez l'enfant pour ensuite revenir sur le questionnaire le lendemain.
- φ L'important pour la personne qui remplit le questionnaire c'est de bien connaître l'enfant et d'y avoir accès. Il peut donc est rempli par les parents autant que par les éducatrices. Pour ce projet, nous expérimentons les questionnaires auprès des éducatrices. Cela peut prendre environ trente minutes pour remplir un questionnaire.
- φ Si l'éducatrice à besoin de soutien pour répondre aux questionnaires les première fois, nous pouvons la rencontrer au moment qui lui conviendra. De plus, pour faciliter la tâche à l'éducatrice, nous pouvons nous rendre dans les CPE pour assurer une surveillance du groupe pendant qu'elle remplit les questionnaires.
- φ En remplissant le questionnaire, l'éducatrice pourra voir si l'enfant semble avoir des difficultés ou peut-être même venir confirmer des choses qu'elle avait déjà observées.
- φ Lorsque l'éducatrice accepte, il ne lui reste plus qu'à nous communiquer le nombre nécessaire de questionnaires selon les âges (combien de 24 mois, combien de 27 mois et combien pour les 30 mois). Nous leur envoyons alors les questionnaires et des enveloppes pré-affranchies. Ainsi, l'éducatrice remplit le questionnaire et nous le fait parvenir à l'U.Q.T.R.. Nous voulons défrayer tous les frais de photocopies pour l'expérimentation.

N.B.

Pour les deux expérimentations, nous avons des feuilles de consentement des parents à faire signer. L'éducatrice devra nous dire le nombre de feuilles nécessaires avant de commencer l'expérimentation. Il n'est pas obligatoire que les enfants qui participent à l'AEPS participent également à l'ASQ. Il s'agit de deux projets différents. **Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec nous et il nous fera plaisir d'y répondre.** Nous vous remercions de votre attention et de votre collaboration.

Carmen Dionne (professeure)

Marie-Christine H.-Lincourt
Nathalie Jean
Josianne Péloquin
Assistantes de recherche
Département de psychoéducation
U.Q.T.R.
376-5011 poste 4004

Appendice E

Feuille de consentement des parents

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise en psychoéducation, je travaille à la validation de la traduction d'un outil de dépistage des difficultés qui peuvent apparaître au cours du développement de l'enfant. Cet outil, l'Ages and Stages Questionnaires (ASQ)¹, est un outil américain récemment traduit en français². Afin de s'assurer qu'il est approprié pour les jeunes enfants québécois et qu'il convient aux besoins des intervenant(e)s des Centres de la petite enfance, un projet d'expérimentation de certains questionnaires composant l'outil de dépistage est proposé aux éducatrices.

Cependant, avant de procéder, nous devons obtenir votre autorisation afin que votre enfant participe à ce projet de recherche. Essentiellement, il s'agit de voir, à l'aide de questionnaires, si votre enfant manifeste certaines habiletés typiques à son âge (ex. : Votre enfant imite-t-il une phrase de deux mots ? Votre enfant descend-il les escaliers si vous le tenez par la main ?) Vous pouvez être assuré(e)s que la confidentialité sera préservée et que les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins pédagogiques et scientifiques. Par votre consentement, vous contribuerez à améliorer la qualité des services donnés aux enfants. Si vous acceptez, vous trouverez ci-joint une feuille de consentement des parents à remplir et signer. Nous nous engageons à vous fournir toutes les informations nécessaires avant de prendre votre décision. Également, tout au long du projet, vous pourrez nous contacter si vous avez besoin de renseignements supplémentaires.

Merci de votre attention et de votre collaboration,

Marie-Christine H. Lincourt, Étudiante

Maîtrise en psychoéducation

(819) 376-5011 poste 4004 ou 4014

Carmen Dionne, Professeure

Département de psychoéducation

Université du Québec à Trois-Rivières

¹ Bricker, D. & Squires, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaires : A Parent-Completed, Child-Monitoring System, Second Edition*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

² Bonin, M., Robaey, P., Vandaele, S., Bastin, G.L. & Lacroix, V. (2000). *Questionnaire sur les étapes de développement : Évaluation de l'enfant par les parents. Deuxième édition*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

CONSENTEMENT DES PARENTS

Par la présente j'accepte que mon enfant _____ participe au projet de validation de la traduction de l'outil de dépistage « ASQ ». J'autorise l'éducateur(trice) de mon enfant à remplir les questionnaires et j'autorise les personnes impliquées dans ce projet à utiliser les informations à des fins pédagogiques et scientifiques. J'ai été avisé(e) que les membres de cette équipe s'engagent à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Signature d'un ou des parents

Date

Nom du CPE